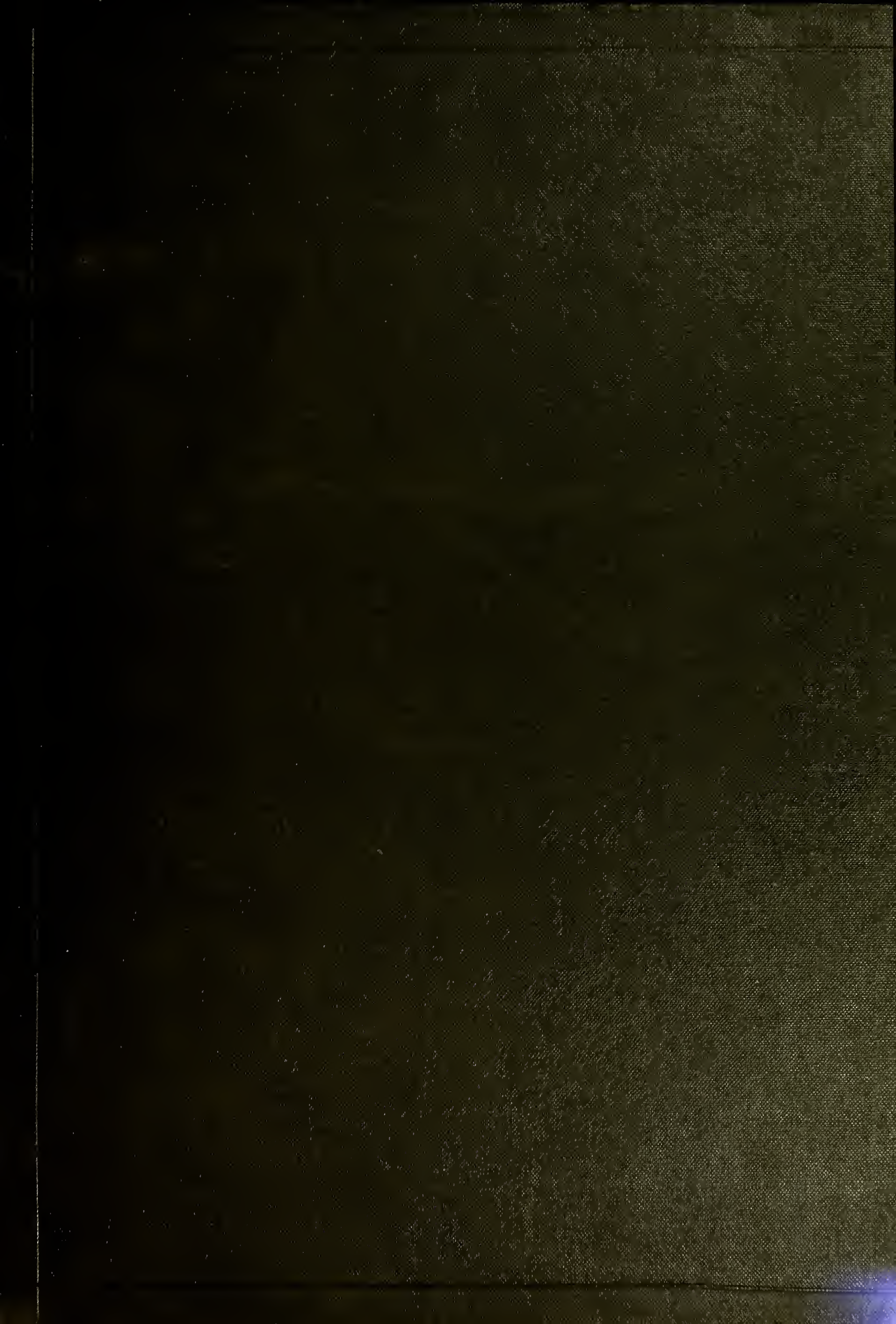
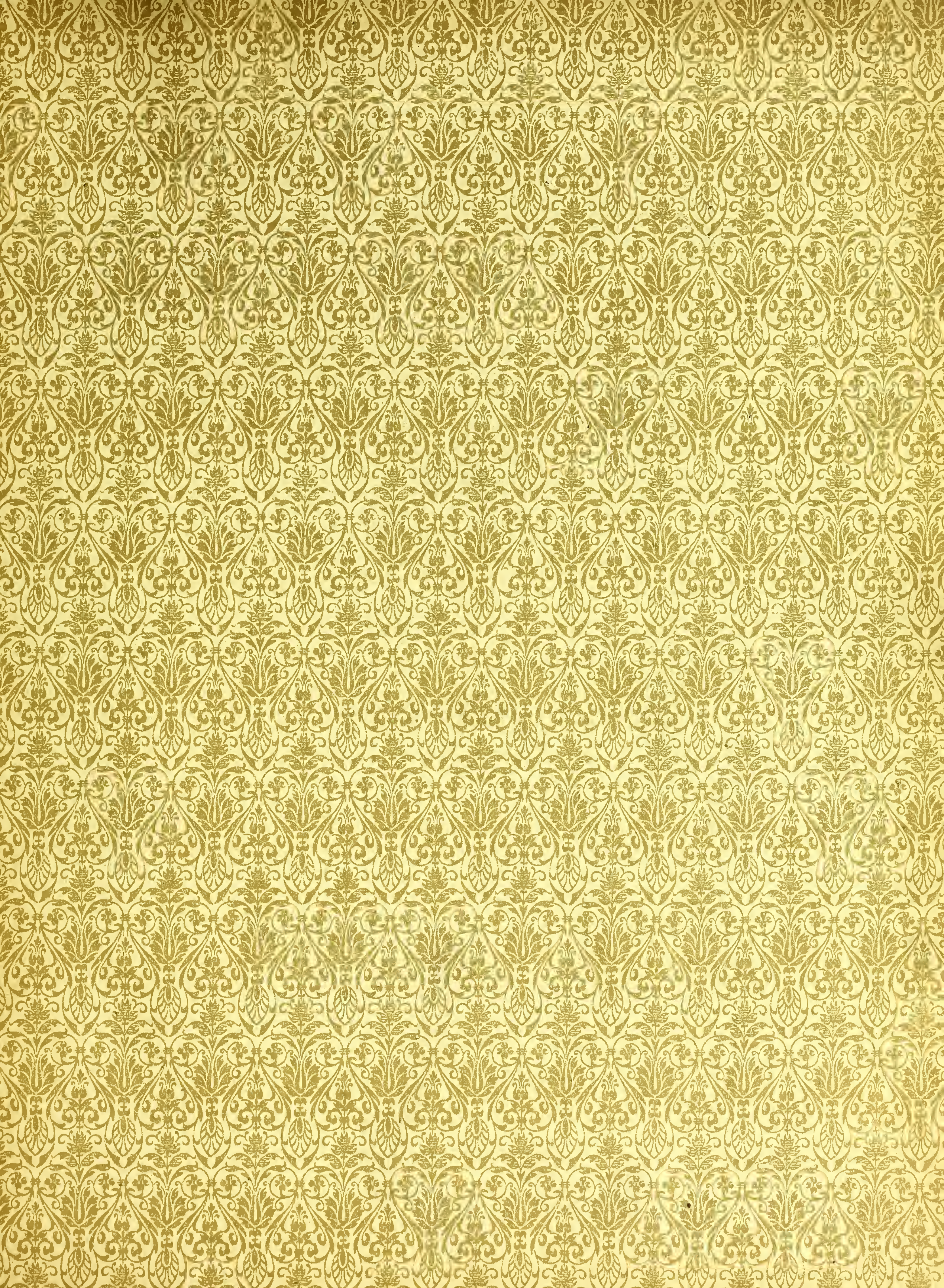




The University Library
Leeds
ET SCI AUGE-ENT BITUR-IA
Medical and Dental
Library



TRAITÉ

DE

LA SCROFULO-TUBERCULOSE

DE LA PEAU

(LUPUS ET TUBERCULOSES QUI S'Y RATTACHENT)

PRINCIPAUX OUVRAGES DE L'AUTEUR

Contribution à l'étude de la formation des vésicules et des pustules sur la peau et les muqueuses. — Brochure extraite des *Archives de Physiologie* 1878-1880. (Ouvrage couronné par la Société de Biologie, 1882.)

Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau. — Brochure extraite des *Archives de Physiologie.* (Ouvrage récompensé par l'Académie de Médecine. Mention au prix Saint-Paul, 1882.)

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. — Paris A. Delahaye et Lecrosnier 1881. (Ouvrage couronné par l'Institut. Prix Montyon 1884, et par l'Académie de médecine, prix Godard 1882.)

Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards. — *Annales de Dermatologie* 1884. (Ouvrage faisant partie d'un ensemble de travaux sur les affections cutanées, couronné par l'Académie de Médecine, Prix Barbier 1885.)

Leçons sur la Syphilis. — Paris, *Progrès médical*, 1886.

Éléments d'histologie cutanée normale appliquée à l'étude des lésions élémentaires de la peau. — Lille 1886.

Traité théorique et pratique de la Lèpre, avec un Atlas de 22 planches en chromolithographie et en héliogravure. — Paris, *Progrès médicale*, 1886. — (Ouvrage couronné par l'Institut. Prix Montyon 1886.)

Etude comparative de l'enseignement de la dermatologie en France, en Allemagne et en Autriche-Hongrie. (Mission scientifique du Ministère de l'Instruction publique. — *Annales de Dermatologie* et brochure. — Paris, Masson, 1887. (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Prix Monbinne 1888.)

Des Dermatoneuroses. — Brochure. Paris, Lechevallier, 1890.

Traité descriptif des Maladies de la peau, en collaboration avec E. Vidal. Paris Masson 1889.

Atlas international des Maladies rares de la peau (périodique). — (En collaboration avec MM. Duhring de Philadelphie, Malcolm Morris de Londres, Unna de Hambourg) (1).

(1) L'indication bibliographique des travaux publiés par l'auteur sur le Lupus et la Scrofulo-tuberculose se trouve dans la bibliographie placée à la fin de ce livre.
Pour les autres travaux publiés par l'auteur, voir l'exposé de ses titres scientifiques.

PUBLICATION DU *PROGRÈS MÉDICAL*

TRAITÉ PRATIQUE
THÉORIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DE
LA SCROFULO-TUBERCULOSE
DE LA PEAU
ET DES MUQUEUSES ADJACENTES
(LUPUS ET TUBERCULOSES QUI S'Y RATTACHENT)

Par Henri LELOIR
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
LAURÉAT (*bis*) DE L'INSTITUT, ETC., ETC.

ACCOMPAGNÉ D'UN **Atlas de XV Planches**
en **Chromolithographie** et en **Héliogravure**
RENFERMANT EN OUTRE **30 Figures** ORIGINALES INTERCALÉES DANS LE TEXTE
ET **22 Tableaux** STATISTIQUES, ETC.



PARIS
AUX BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL* | LOUIS BATTAILLE ET Cie, ÉDITEURS
14, rue des Carmes, 14 | Place de l'École-de-Médecine

1892

Tout exemplaire non revêtu de ma signature sera réputé contrefait.

PRÉFACE

Ce livre est le fruit d'études cliniques, anatomo-pathologiques, bactériologiques et expérimentales entreprises, depuis 1878, sur la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses.

Il a pour base l'étude clinique détaillée que j'ai pu faire, tant dans ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur que dans ma clientèle privée, à l'hôpital Saint-Louis et dans nombre d'hôpitaux français et étrangers, de plus de 2.000 cas de scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses ; l'étude histologique précise d'environ 350 cas de scrofulo-tuberculose tégumentaire, dont 200 cas de lupus; l'étude bactériologique et expérimentale (inoculations expérimentales) d'environ 350 cas de scrofulo-tuberculose tégumentaire, dont 200 cas de lupus.

Ces recherches m'ayant permis, dans une série de publications, de contribuer pour ma part à élucider certaines parties de ce point si obscur et si important de la pathologie, j'ai cru bien faire en étudiant dans un traité complet (comme je l'ai fait pour la Lèpre), la question si capitale, si difficile et si pleine d'actualités de la scrofulo-tuberculose tégumentaire.

Le point de vue nouveau auquel depuis une dizaine d'années on doit envisager la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses, la haute valeur et le nombre des travaux publiés pendant cette période sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger, les recherches considérables et de longue haleine que j'avais

entreprises sur cette question, l'absence de tout traité d'ensemble sur la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses, m'ont décidé à rédiger ce livre.

Je dois avouer cependant, que l'importance et la gravité d'un sujet aussi vaste, m'ont fait hésiter longtemps à publier ce traité. Mais j'ai été soutenu dans ma tâche difficile par la conscience que j'entreprenais une œuvre utile et nécessaire, car elle est le reflet des recherches de l'école française sur la scrofulo-tuberculose. Ce qui me soutenait encore, c'est que mes recherches avaient marché parallèlement et souvent conjointement avec celles de mes éminents amis Cornil, Besnier, Lailler, Vidal.

C'est donc non seulement un travail original que je publie, mais un traité d'ensemble qui s'imposait, pour mettre au point et exposer le résultat de nos connaissances sur la scrofulo-tuberculose.

Certes, j'y fais œuvre personnelle, mais dans cette œuvre ne dois-je pas considérer comme des collaborateurs par suggestion indirecte (comme j'ai pu être le leur dans d'autres circonstances), ces chefs de la dermatologie française, mes amis vénérés Vidal, Besnier, mes chers maîtres Cornil et Lailler, et mon vieil ami le Dr Brocq.

Je leur dédie ce livre avec mes souvenirs les meilleurs.

C'est un devoir pour moi de remercier M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, mon vénéré maître et ami Verneuil, fondateur de l'œuvre de la tuberculose, la Société française pour l'avancement des Sciences, pour les subsides qu'ils m'ont fournis afin de m'aider dans ces longues et coûteuses recherches.

Je ne saurais trop remercier mon préparateur et ami M. Tavernier, du zèle et du dévouement avec lequel il a contribué à faciliter la publication de ce travail.

Je tiens à remercier publiquement l'administration des Hospices de Lille des beaux locaux qu'elle a bien voulu m'accorder pour y installer mes laboratoires et les animaux destinés aux recherches de pathologie expérimentale.

J'ai dans ce travail (tout en me plaçant au point de vue de la pathologie générale) évité les hypothèses vaines et les théories creuses.

Je me suis attaché à ne décrire que ce que j'ai vu. Toutes mes descriptions et figures sont la reproduction exacte de la vérité, et, si le style laisse parfois à désirer, l'on voudra bien m'excuser, car je me suis surtout attaché au fond et non à la forme.

Puisse ce livre qui m'a coûté tant de recherches, de travail, de peines, et pour la composition duquel j'ai rencontré tant de difficultés, puisse-t-il aider mes confrères à lutter plus efficacement contre cette maladie si répandue et si redoutable.

Leur approbation sera la plus belle et la plus douce récompense de mon labeur.

Je n'ai pas, comme dans mon *Traité de la Lèpre*, publié dans ce livre un grand nombre d'observations, car, malheureusement, la scrofulo-tuberculose du tégument abonde dans nos régions, et tout médecin pourra, après la description que j'ai faite de cette affection et de ses complications, retrouver plus ou moins facilement les types correspondant à ma description.

Un Atlas de 15 planches chromolithographiques et photographiques, 30 figures intercalées dans le texte, viennent compléter ces descriptions. Toutes ces figures et planches sont inédites. Elles ont été prises sur nature et reproduites grâce au crayon artistique de mon ami Henri Pluchart et de MM. Karmanski et Leuba.

Les planches photographiques ont été reproduites au moyen de l'héliogravure.

Dans ce Traité, après avoir donné un aperçu général des tuberculoses du tégument (peau et muqueuses adjacentes) et discuté ce que nous devons entendre par le terme : scrofule, j'étudie l'historique, puis la symptomatologie de l'espèce la plus fréquente et la plus importante des tuberculoses tégumentaires (le Lupus), ses variétés atypiques et les tuberculoses qui s'y rattachent, son évolution, ses complications.

Je passe ensuite à l'étude de l'anatomie pathologique cellulaire et bactériologique, de la pathologie expérimentale de cette affection, puis j'en étudie l'étiologie et la pathogénie, le diagnostic, le pronostic, et enfin le traitement curatif et prophylactique.

Professeur H. LELOIR.

Lille, le 25 Décembre 1891.

INTRODUCTION

Les connaissances que nous possédons sur la tuberculose tégumentaire ont été dans ces dernières années bouleversées par une véritable révolution.

Jusqu'à ces derniers temps, le chapitre de la tuberculose de la peau n'occupait dans la pathologie qu'une place excessivement restreinte et mal définie. C'est qu'en effet, l'observation clinique à elle seule était impuissante à prouver avec évidence la nature tuberculeuse d'un grand nombre de lésions cutanées, et la diversité morphologique des lésions tuberculeuses du tégument était bien faite pour dérouter l'observateur. Sans doute, les relations de ces affections avec la phtisie pulmonaire avaient bien été observées dans certains cas. Mais c'était tout l'important problème des rapports de la scrofule avec la tuberculose qu'il s'agissait de résoudre.

C'est ce qui fut fait il y a quelques années, grâce aux recherches histologiques, bactériologiques, expérimentales et cliniques modernes.

Le domaine de la tuberculose tégumentaire n'est plus limité aujourd'hui comme autrefois à l'ulcère des phtisiques, qui en somme en constitue la variété la moins fréquente. Il comprend en première ligne le lupus, autour duquel viennent se grouper un grand nombre de formes et variétés accessoires de la tuberculose et les gommes scrofulo-tuberculeuses.

C'est actuellement le lupus qui doit être pris comme type des tuberculoses tégumentaires : il en constitue l'espèce la plus fréquente.

Si, il y une vingtaine d'années et même moins, un dermatologiste avait osé décrire le lupus en en faisant une variété de la tuberculose, quel tollé général n'aurait pas soulevé une pareille hardiesse! N'était-ce pas porter une main téméraire sur la scrofule? N'était-ce pas rompre avec les idées généralement admises à cette époque sur la tuberculose!

Le lupus en effet était alors considéré par la majorité des médecins, surtout par les médecins français, comme un des types les plus parfaits des manifestations cutanées de cette entité pathologique à laquelle personne n'aurait osé toucher alors : la scrofule! Il représentait le type des scrofulides destructives.

Quant aux médecins qui, à la même époque, se refusaient à ranger le lupus parmi les scrofulides, et qui voulaient en faire une maladie spéciale (École de Vienne, etc.), aucun d'eux n'aurait à plus forte raison songé à en faire une tuberculose du tégument.

Mais les choses ont beaucoup marché depuis vingt ans, et l'on peut se demander actuellement comme je l'ai fait, depuis 1884, à l'hôpital Saint-Sauveur, ce qu'il faut entendre par le terme scrofule et quelle valeur il faut attribuer à ce mot.

Ce qui venait rendre la question encore plus obscure, c'est que les auteurs employaient indifféremment le terme lymphatisme ou le terme scrofule pour désigner des stades différents d'une même affection dont le lymphatisme constituait pour eux le degré le plus atténué et la scrofule le degré le plus intense.

Comme je l'ai dit en 1884 dans mes Cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur et comme je l'ai publié ultérieurement dans le *Bulletin Médical*, je pense que le lymphatisme doit être complètement distrait de la scrofule.

Commençons par le lymphatisme : ce qui va suivre montrera la raison de cette préférence.

Pendant une période de l'évolution de l'individu le lymphatisme est un état physiologique normal et passager : c'est l'état de l'enfant dans les premières années de la vie.

Cet état est caractérisé anatomiquement par une dilatation plus considé-

rable des espaces lymphatiques décrits par Ranvier dans le derme et l'hypoderme. Les troncs lymphatiques faisant suite à ces espaces charrient de la lymphe en plus grande quantité, ils se dilatent. Les ganglions auxquels ils aboutissent s'hypertrophient.

Cette dilatation, cette hypertrophie du système lymphatique, caractérisées cliniquement par une bouffissure générale du tissu cellulaire et un engorgement des ganglions, disparaissent ordinairement au bout de quelques années. Mais elles peuvent persister. Le tempérament lymphatique est alors constitué. Ce n'est pas encore à proprement parler un état pathologique, mais une prédisposition à cet état. S'il s'exagère encore, le tempérament lymphatique est franchi, nous sommes en présence du lymphatisme pathologique, du scrofulisme de Villemin. Ce n'est plus à un tempérament, mais à une maladie que nous avons affaire.

Le malade présente alors un faciès tout particulier : il est bouffi ; ordinairement son teint est pâle ; ses joues peuvent être d'un blanc mat ou rosé, comme celles des figurines de la porcelaine de Sèvres. Ajoutons à cela l'hypertrophie accompagnée d'œdème mou tendant à devenir dur de la lèvre supérieure, un coryza plus ou moins chronique, l'eczéma des narines et des régions avoisinantes, certaines affections superficielles de la cornée, des conjonctives, des paupières, de l'otorrhée, l'hypertrophie des amygdales, la tendance aux angines et en particulier à l'angine catarrhale d'Hamilton et à l'angine mûriforme, joignons à tout ceci la tendance au froid, à la cyanose des extrémités, aux engelures, et nous aurons de la sorte, d'une façon à peu près complète, l'ensemble des manifestations qu'il est ordinaire de rencontrer chez ces sujets.

Notons en outre que chez le lymphatique il y a ralentissement de la nutrition (Bouchard) ; ce qui fait que les lymphatiques sont souvent des individus peu actifs, peu vivaces, endormis, ressemblant en beaucoup de points aux animaux hibernants.

Gréhant et Quinquaud ont démontré, dans une série de recherches, que chez les lymphatiques la fonction respiratoire est diminuée et par suite l'oxygénation incomplète, les combustions moins actives. Ceci explique, selon moi, pourquoi il y a chez les lymphatiques cyanose des extrémités et tendance au refroidissement, pourquoi, par suite du défaut d'oxygénation des tissus et de leur moindre résistance, ces sujets sont prédisposés aux catarrhes de toute espèce, aux impétigos, aux eczémas, à l'envahissement et à la pullulation des agents

parasitaires. En outre, non seulement les microbes trouvent chez les lymphatiques un terrain de culture favorable, mais l'exagération des voies lymphatiques rend plus facile chez eux l'absorption des virus, des micro-organismes pathogènes, en particulier au niveau des espaces lymphatiques de la peau et des muqueuses.

Passons maintenant à l'étude des éruptions lymphatiques proprement dites. Mais, ai-je raison de parler de ces éruptions, existe-t-il des éruptions particulières, spéciales aux sujets lymphatiques? Oui et non.

Oui, car il est incontestable que certains impétigos, et spécialement les impétigos chroniques localisés au pourtour des orifices muqueux ; certains eczémas chroniques, en particulier les eczémas fortement suintants et non prurigineux siégeant derrière les oreilles, autour des yeux, du nez et s'accompagnant d'engorgements ganglionnaires; la cyanose et les engelures des extrémités; les rhinites, qu'elles soient aiguës ou chroniques; les angines catarrhales et spécialement l'angine catarrhale superficielle d'Hamilton et l'angine mûriforme; certaines otorrhées, blépharites et conjonctivites chroniques et en particulier la conjonctivite phlycténulaire ; certaines acnés polymorphes; les poussées érysipélatoïdes blanches, dites des strumeux; l'œdème de la lèvre supérieure devenant facilement demi-dur ou dur; la tendance aux adénopathies torpides survenant sous l'influence de la moindre excoriation des téguments : il est incontestable, dis-je, que toutes ces affections se rencontrent chez les lymphatiques et plus particulièrement chez ces sujets. Mais quant à dire que toutes ces manifestations sont caractéristiques du lymphatisme, lymphatiques d'essence, non.

Non, car ce sont là des affections catarrhales, superficielles, banales, qu'on retrouve partout, aussi bien chez les sujets lymphatiques que chez ceux qui ne le sont pas. Le lymphatisme est un terrain qui prédispose à leur apparition, rien de plus (1).

L'acné polymorphe, l'eczéma, l'impétigo, fréquents chez les lymphatiques se rencontrent aussi fréquemment chez des sujets nullement lymphatiques.

1. Suivant le Dr Unna (de Hambourg), auquel je causais de cette grave question de la scrofule, lors du voyage qu'il fit en 1888 à Lille, le lymphatisme ou mieux les eczémas des lymphatiques n'existeraient pas. Ces eczémas seraient des eczémas tuberculeux déterminés par l'irritation superficielle de la peau produite par le bacille de la tuberculose. Unna ajoutait qu'il ne désespérait pas de le démontrer un jour.

Je lui fis observer toutefois qu'il lui resterait à démontrer que ce ne sont pas des *eczémas tuberculisés* (par inoculation ultérieure du bacille de Koch) comme je le pense, mais bien des eczémas dûment et primitivement tuberculeux.

Mais ce qui caractérise le lymphatisme, c'est la coïncidence de la plupart de ces affections sur un même sujet et leur évolution spéciale.

En résumé, ce qui caractérise les dermatoses que l'on observe chez les lymphatiques, c'est qu'elles sont catarrhales, superficielles. Aucune d'elles n'aboutit à la destruction des tissus. Elles disparaissent complètement au bout d'un temps variable, ne laissant aucune trace si ce n'est parfois un œdème mou subaigu, pouvant devenir demi-dur ou dur. Elles correspondent assez bien au point de vue dermatologique, aux scrofulides catarrhales de Bazin. Mais ce n'est pas là de la scrofule, ce sont des lésions banales, superficielles, catarrhales, non ulcératives, ne présentant rien de spécifique en elles-mêmes. Elles indiquent un terrain prédisposant à la scrofule, mais, je le répète, ce n'est pas là de la scrofule.

Il est important de savoir que ces lésions peuvent jouer le rôle de porte d'entrée à certains virus, à certains microbes pathogènes. Il est incontestable que chez des sujets dont le système absorbant est plus absorbant qu'à l'état normal et dont la nutrition est retardée, comme le dit si bien Bouchard, les éruptions catarrhales chroniques de la peau et des muqueuses détruisant le vernis s'opposant à l'entrée des microbes pathogènes, permettent l'envahissement de l'économie par ceux-ci. Aussi il est probable que chez l'enfant, l'impétigo chronique localisé aux ailes du nez, par exemple, fournit une porte d'entrée aux bacilles tuberculeux. Ceci expliquerait peut-être le début fréquent du lupus en ces points. J'ai même, en collaboration avec le Pr Verneuil, entrepris des recherches en ce sens. J'ai, en 1883 et 1884, établi une série d'expériences pour m'assurer si les pustules d'impétigo contenaient ou non des bacilles de la tuberculose, et si avec les liquides et les croûtes d'impétigo cultivés et inoculés, on pouvait produire la tuberculose chez les animaux. J'ai recueilli des croûtes d'impétigo en abondance; j'en ai maintes fois inoculé le suc à des cobayes : jamais, sauf une fois, je n'ai produit la tuberculose chez ces animaux. Ces recherches ont été publiées en partie dans la thèse du Dr Verchère, intitulée : *Des portes d'entrée de la tuberculose.* (Thèse de Paris, 1884, p. 59 et suiv.) Quelques mois après, Grancher, exposant au Congrès de Copenhague, en 1884, les résultats des recherches qu'il avait entreprises dans le même sens, arrivait à des résultats et à des conclusions semblables.

Il n'est pas nécessaire d'ailleurs que l'affection soit d'origine lymphatique pour servir de porte d'entrée aux virus. Des affections parasitaires, le favus par exemple, peuvent produire des solutions de continuité du tégument livrant passage aux microbes pathogènes. Je n'en veux pour exemple que l'observation d'une jeune fille de mon service chez laquelle, à la suite d'un favus du cuir chevelu, il y eut engorgement des ganglions du cou qui devinrent tuberculeux ainsi que l'ont démontré les inoculations expérimentales. Il est probable que, dans ce cas, le favus avait créé une porte d'entrée au bacille tuberculeux lequel cheminant dans les troncs lymphatiques arriva jusqu'aux ganglions qu'il tuberculisa.

C'est de cette façon qu'agissent les dermatoses que l'on observe chez les sujets lymphatiques. Chez ces sujets elles servent fréquemment de porte d'entrée au bacille tuberculeux. Il semble donc que le lymphatisme puisse, dans certains cas (par suite de l'altération de la nutrition générale et par les portes d'inoculation qu'occasionnent les éruptions tégumentaires catarrhales qui surviennent chez les lymphatiques), prédisposer à la scrofule, mais là s'arrêtent les relations qu'il présente avec celle-ci.

Donc, les rapports intimes admis entre le lymphatisme et la scrofule par certains auteurs pour lesquels ces deux affections ne seraient que des degrés différents d'un même état pathologique, n'existent pas. Les lymphatiques ne deviennent pas beaucoup plus souvent scrofuleux que les autres, et il est des scrofuleux qui n'ont jamais été lymphatiques.

Tout autres sont les caractères de la scrofule. Nous avons vu que le lymphatisme pathologique est caractérisé par une série d'éruptions banales, superficielles, non spécifiques, se présentant chez des sujets à faciès spécial.

Or, 1° Dans la scrofule il n'y a pas de faciès spécial. Sans doute, l'on entend dire tous les jours et l'on peut lire dans bien des auteurs que le scrofuleux présente un faciès particulier, caractéristique. Mais quand on aura lu que le scrofuleux peut être gros ou maigre, grand ou petit, brun ou blond, rouge ou pâle, très vif, alerte ou endormi et torpide, qu'il a les yeux bleus ou noirs, etc., etc., on en tirera la conclusion nécessaire qu'un tel faciès susceptible de revêtir les dehors les plus différents et les apparences les plus contra-

dictoires est loin d'être caractéristique et que le faciès scrofuleux n'existe pas. Dans certains cas même on constatera que ce scrofuleux à faciès dit caractéristique est un syphilitique héréditaire à manifestations tardives. Le faciès scrofuleux n'existe donc pas.

2° Dans la scrofule il n'y a pas de lésions banales, superficielles. Ce qui caractérise les lésions de la scrofule, c'est leur tendance à la destruction des tissus au niveau desquels elles se sont développées.

En lisant les descriptions de la scrofule dans les anciens auteurs qui ont précédé Sauvages et Bordeu, on trouve signalé, dans toutes, ce caractère majeur : la destruction des tissus. Ceux-là seuls sont considérés comme scrofuleux qui ont des écrouelles, des tumeurs blanches, des lupus, des abcès froids, etc.

Voici comment était et est encore comprise la marche des accidents, l'évolution de la scrofule par les auteurs qui admettent son autonomie. Lescrofuleux a commencé par être un lymphatique, car pour ces auteurs le lymphatisme n'est autre chose que de la scrofule en herbe. Les ganglions lymphatiques engorgés ont suppuré, puis sont survenues les gommes scrofuleuses dermiques et hypodermiques ; plus tard sont apparues des lésions destructives plus profondes, les synovites fongueuses, les tumeurs blanches, les caries. Enfin le malade se met à tousser : c'est la phtisie dite scrofuleuse, phtisie qui serait remarquable par sa torpidité, son diagnostic difficile, ses rémissions fréquentes, ses arrêts de longue durée. Il est vrai que certains auteurs, et Bazin entre autres, admettent une forme aiguë, miliaire, de la phtisie scrofuleuse. En somme avec les anciens, avec Sauvages et Bordeu, nous voyons la scrofule comprendre le lymphatisme, plus toutes les tuberculoses osseuses tégumentaires et viscérales. Telle était aussi l'opinion de Bazin, telles sont encore aujourd'hui les idées de plusieurs auteurs.

Reste à déterminer la nature de ces manifestations appelées scrofuleuses. Les produits scrofuleux sont-ils de simples produits inflammatoires, ou ne présentent-ils pas quelque chose de spécifique ? Cette question avait déjà été discutée par de vieux cliniciens ayant précédé Sauvages et Bordeu et qui, allant à l'encontre des idées reçues à leur époque, s'étaient demandé avec raison si la scrofule n'était pas contagieuse. Ayant constaté les rapports qu'il y a entre les manifestations de la scrofule et celles de la tuberculose, ils avaient avancé que la scrofule n'était autre chose peut être que du tubercule.

Ils ne furent pas écoutés, mais ils avaient raison et les recherches modernes l'ont bien démontré.

Mais reprenons rapidement l'histoire de la scrofule et essayons de déterminer ce qui lui appartient en propre. Au début on n'accordait à la scrofule que les écrouelles. Plus tard Sauvages et Bordeu réunissent sous ce nom toutes les tuberculoses, quelques qu'elles soient : osseuse, tégumentaire, viscérale. Laënnec porte un premier coup à la scrofule en montrant l'identité qui existe dans nombre de cas entre ces deux maladies : scrofule et tuberculose. Avec Virchow l'école anatomique cherche à réhabiliter la scrofule. Mais après les beaux travaux de Charcot, Friedländer, Thaon, Schüppel, Köster, Cornil, Grancher, on voit de nouveau s'effacer la distinction anatomo-pathologique que l'on avait essayé d'établir entre la scrofule et la tuberculose.

Arrive de nouveau la recherche de la spécificité, mais non plus de l'élément spécifique au point de vue morphologique, mais de l'élément spécifique au point de vue pathogénique, et avec l'école expérimentale (Villemin), avec la découverte du bacille pathogène (Koch), l'on ne tarde pas à voir que la plupart des affections décrites comme scrofuleuses doivent rentrer dans le cadre des affections tuberculeuses.

On constate que les ostéites, les caries, les tumeurs blanches, le mal de Pott ne sont que des tuberculoses osseuses et articulaires. Ici il est juste d'ajouter qu'en ce qui concerne les os et les articulations, les chirurgiens (Nélaton, Parise), avaient entrevu cette identité. Parise, en particulier, alors que je suivais sa clinique comme externe, considérait déjà le mal de Pott et les tumeurs blanches comme étant de nature tuberculeuse. Plus tard, les travaux de Volkmann, de Lannelongue, de Koch, de Cornil, etc., sur les tuberculoses osseuses et articulaires viennent détacher complètement toutes ces affections de la scrofule et demontrer leur nature tuberculeuse.

Laveran et Quinquaud démontrent que le pseudo-rhumatisme articulaire des scrofuleux n'est autre chose qu'une tuberculose miliaire aiguë des synoviales articulaires. Lannelongue, Verneuil, Poulet démontrent la nature tuberculeuses des synovites dites scrofuleuses. Verneuil, Quenu, Dubar, montrent que l'affection décrite par Astley Cooper, sous le nom de tumeur scrofuleuse de la mamelle, n'est autre chose qu'une tuberculose de cette glande. Quant à la prétendue scrofule viscérale, il y a longtemps que l'on en avait démontré la nature tuberculeuse.

Après ce que nous venons de dire, on peut se demander ce qui reste en propre à la scrofule. On lui a enlevé les tuberculoses viscérales, les lésions osseuses et articulaires qu'il faut rattacher soit à la scrofulose, soit à la syphilis. On lui a pris la tumeur scrofuleuse de la mamelle, les synovites scrofuleuses, le pseudo-rhumatisme des scrofuleux, pour les ranger dans le cadre de la tuberculose. Que lui reste-t-il donc? Il ne lui reste plus que les gommes scrofuleuses et certaines affections constituées par la lésion élémentaire tubercule. Je veux parler du lupus vulgaire.

Mais ces écrouelles, ce lupus, ces scrofulides destructives en un mot, qui constituent le dernier retranchement de la scrofule, sont-ils véritablement de nature scrofuleuse ou ne sont-ils pas, comme toutes les affections scrofuleuses que nous venons de passer en revue des affections de nature tuberculeuse?

Les écrouelles ont été considérées pendant longtemps comme étant caractéristiques de la scrofule. Les recherches de Bazin, de Volkmann, de Grancher, de E. Vidal, de E. Besnier surtout, ont montré que les écrouelles sont constituées par les gommes dites scrofuleuses.

Que sont en réalité ces gommes scrofulo-tuberculeuses, ces écrouelles? Les anciens cliniciens, avant Sauvages et Bordeu, avaient bien entrevu la nature des écrouelles, quand ils disaient qu'elles ne sont que des tuberculoses de la peau et des ganglions. Aujourd'hui, il est difficile de refuser à l'écrouelle le caractère tuberculeux. L'observation a démontré que souvent les écrouelleux présentent en même temps des tumeurs blanches, des caries, des maux de Pott, etc., affections dont la nature tuberculeuse n'est plus niable; que souvent les écrouelleux deviennent phtisiques, et cela en général non pas au début des écrouelles, mais au bout de longues années.

D'autre part, comment expliquer l'apparition des écrouelles à l'âge de 50, 60 et 70 ans? Qu'est-ce donc que le prétendu tempérament scrofuleux qui se montre à cet âge? Un tempérament, cela commence dans les premières années de la vie. Si parfois on observe des écrouelles chez des individus avancés en âge et dont l'hygiène est fortement défectueuse, tels que les prisonniers, les alcooliques, les malheureux, il ne faut pas accuser le tempérament; on n'acquiert pas un tempérament à cet âge, on prend du tubercule.

La clinique nous montre donc que la scrofule est, en ce qui concerne du moins les écrouelles, une maladie d'origine et de nature tuberculeuse.

2

L'anatomie pathologique, avec Virchow, dans son étude sur les granulômes, fut loin d'éclairer la nature des gommes scrofuleuses. Lebert, par ses recherches sur le prétendu corpuscule tuberculeux, vint encore embrouiller la question davantage. Les recherches de Friedländer, de Köster, de Cornil, de Grancher, de Charcot, de Schüppel, ont remis les choses sous leur jour véritable en montrant qu'il était fréquent de rencontrer dans les produits de la scrofule, des follicules présentant les caractères du follicule tuberculeux. Pour ces auteurs la scrofule était donc dans quelques cas de la tuberculose locale.

Brissaud et Josias prouvent histologiquement que toujours dans les gommes scrofuleuses on retrouve le follicule tuberculeux, caractéristique à cette époque de la tuberculose.

La pathologie expérimentale démontre de la façon la plus nette l'identité qui existe entre la scrofule et la tuberculose. Villemin avait montré depuis longtemps que les produits tuberculeux inoculés dans de bonnes conditions expérimentales reproduisent toujours la tuberculose, que les produits non tuberculeux inoculés dans les mêmes conditions ne donnent jamais lieu à la tuberculose. Plus récemment Colas, H. Martin, Lannelongue, Verneuil, Cornil et moi, avons démontré, dans une série d'expériences, que les gommes scrofuleuses, inoculées à certains animaux dans des conditions déterminées, donnent lieu à des tuberculoses inoculables en série.

Enfin Koch, puis Cornil, Lannelongue, etc., trouvent des bacilles tuberculeux dans les gommes scrofulo-tuberculeuses, mais en petit nombre et presque exclusivement dans les parois de la gomme, quand celle-ci est ramollie.

Voilà donc l'écrouelle, la gomme scrofuleuse, le premier et le plus ferme pilier de la scrofule qui s'écroule. La clinique, l'anatomie pathologique, l'expérimentation et la recherche des bacilles montrent que c'est du tubercule.

Battus sur le terrain de l'écrouelle, les médecins, qui voulaient encore et malgré tout conserver la scrofule, invoquèrent en sa faveur le lupus.

Or, comme des recherches multiples, dont je peux réclamer ma part, l'ont démontré depuis 1882, et comme on pourra le voir en lisant ce livre, le lupus vulgaire (Lupus de Willan et Bateman) doit être rattaché d'une façon absolue aux tuberculoses tégumentaires.

Il faut complètement distinguer du lupus vulgaire certaines syphilides lupiformes, peut-être en rapport dans certains cas avec la syphilis héréditaire à

manifestations tardives, et pouvant parfois singer le lupus au plus haut degré, en ce qui concerne les caractères objectifs cliniques. Ces syphilides n'ont rien à faire avec le lupus. Elles s'en distinguent par leurs caractères histologiques, bactériologiques et spécifiques (pathologie expérimentale), leur évolution, leur réaction thérapeutique(traitement antisyphilitique pierre de touche), voire même peut être par des nuances cliniques. Il n'y a pas de lupus syphilitique.

Quant au lupus érythémateux, si les défenseurs de l'entité scrofuleuse le réclament pour la scrofule, je le leur abandonne bien volontiers, pour le moment.

Il est vrai que mon éminent ami E. Besnier voudra le leur reprendre en disant que le lupus érythémateux appartient également aux tuberculoses cutanées.

J'ai montré dans une série de travaux sur ce sujet, qu' actuellement cette annexion n'était pas légitime. Les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales nous ont amené jusqu'ici à repousser la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

De nombreux dermatologistes français et étrangers invoquent également des arguments cliniques sérieux pour rejeter le lupus érythémateux hors du cadre des tuberculoses tégumentaires.

Afin que le lecteur puisse bien se convaincre que la question n'est pas encore mûre, et qu'il serait hasardé actuellement de ranger dans un traité le lupus érythémateux parmi les tuberculoses tégumentaires, je me permets de le renvoyer pour l'étude comparative de cette question, d'une part aux travaux de Besnier, Renouard, Hutchinson, etc., qui défendent la nature tuberculeuse du lupus érythémateux et, d'autre part, aux travaux de Vidal, Balmano-Squire, Brocq, Geber, Kaposi, Neisser, Boeck, Robinson, Thin, etc., etc., et aux mémoires que j'ai publiés sur cette affection.

J'ai d'ailleurs montré qu'une des raisons principales de la relation que l'on a voulu établir entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux vrai, tient à ce que, dans certains cas, le lupus vulgaire peut dans son aspect clinique singer le lupus érythémateux. J'ai donné à cette variété atypique du lupus vulgaire, simulant le lupus érythémateux, le nom de lupus vulgaire érythématoïde. Nous l'étudierons plus loin.

Ce sont probablement ces formes atypiques du lupus vulgaire érythématoïde qui ont fait dire à plusieurs dermatologistes que, dans certains cas, le lupus érythémateux peut se transformer en lupus vulgaire.

Depuis que l'expérience m'a appris à connaître le lupus vulgaire érythématoïde, je n'ai plus assisté à une pareille transformation.

Donc le lupus vulgaire, étant de nature tuberculeuse, doit être distrait de la scrofule des anciens.

Après ce que nous venons d'étudier, que reste-t-il donc en propre à la scrofule ?

Le faciès strumeux? Mais il n'en existe pas ou c'est celui du lymphatique ou du syphilitique héréditaire à manifestations tardives. Les scrofulides ulcéreuses graves des muqueuses si bien étudiées par Homolle ? C'est encore de la syphilis et souvent de la syphilis héréditaire (Quinquaud) ou du lupus vorax (Vidal, Besnier). Le lupus érythémateux ? Il n'est pas encore suffisamment connu.

Quant aux scrofulides exsudatives de Bazin, à certaines otites ou ophtalmies, à l'angine scrofuleuse superficielle de Hamilton, à l'angine mûriforme, nous les avons placées dans le lymphatisme, affection ou mieux tempérament dont les manifestations n'aboutissent jamais à la destruction et sont toujours résolutives

La scrofule avait absorbé les tuberculoses locales ; la syphilis héréditaire à manifestations tardives ; certaines syphilides anormales ; le lymphatisme.

Nous rendons à César ce qui lui appartient et rayons les affections précédentes du cadre de la scrofule. Mais alors après toutes ces amputations successives, que reste-t-il donc à la scrofule ? Rien. Il n'y a pas plus de tempérament scrofuleux qu'il n'y a de tempérament phtisique : on devient scrofuleux comme on devient phtisique, par inoculation (interne ou externe).

La scrofule était le résultat de nos connaissances insuffisantes, un mélange d'affections disparates. Elle s'est effondrée comme entité pathologique devant les travaux modernes.

Si l'on veut conserver le terme scrofule, et nous allons voir qu'il faut le conserver actuellement, il faut lui adjoindre le terme tubercule, pour bien spécifier que les affections dites scrofuleuses ne sont que des variétés de la tuberculose.

En ce qui concerne les scrofulides tégumentaires que nous étudions, nous

les désignerons, avec E. Besnier, sous le nom de « scrofulo-tuberculose tégumentaire ».

Cette définition montre immédiatement, d'une part, que la lésion est de nature tuberculeuse et d'autre part, que c'est une variété spéciale de la tuberculose, de par ses caractères cliniques, histologiques, bactériologiques et expérimentaux.

L'étude des scrofulo-tuberculoses tégumentaires comprend donc l'étude du lupus et de ses différentes variétés, et celle des gommes scrofulo-tuberculeuses dont Bazin avait déjà soupçonné la nature tuberculeuse sans pouvoir la démontrer et qui ont été si bien étudiées par Besnier, Vidal, Brissaud et Josias, Lannelongue, Volkmann, Friedländer, etc., etc.

Le lupus vulgaire constitue le type de ces scrofulo-tuberculoses tégumentaires.

Les autres formes de la tuberculose du tégument sont certaines formes ulcéreuses dont le type est l'ulcère des phtisiques et certaines formes papillomateuses dont le type est le tubercule anatomique.

L'on sait que pour quelques auteurs, entre autres E. Besnier, la tuberculose franche du tégument dont le type est l'ulcère des phtisiques serait secondaire à l'infection générale de l'économie; ce serait une tuberculose par infection générale. Au contraire le lupus et ses variétés, le tubercule anatomique, la tuberculosis verrucosa cutis, etc., seraient des lésions tuberculeuses déterminées par l'inoculation directe de l'agent pathogène de la tuberculose (tuberculôme primitif de Brocq).

Je ne pense pas que l'on puisse classer ainsi les différentes variétés de la tuberculose tégumentaire, en disant que les unes sont des tuberculoses locales par inoculation externe, tandis que les autres sont des accidents locaux de l'infection généralisée.

Ce sont, dans les deux cas, des tuberculoses localisées survenant les unes chez un sujet non encore infecté d'une façon plus ou moins générale par le virus tuberculeux, se montrant les autres chez un malade dont l'économie est déjà plus ou moins infectée par ledit virus.

Le mode et le siège de l'inoculation (inoculation de dedans en dehors dans un cas, inoculation de dehors en dedans dans l'autre), le dépôt du virus dans des régions plus ou moins vascularisées, la plus ou moins grande virulence de

l'agent inoculé, la différence de réaction du sujet, expliqueraient la diversité des phénomènes observés.

D'ailleurs, même chez les phtisiques, il n'est pas toujours prouvé que la tuberculose franche du tégument soit le résultat de l'infection générale, de la localisation en quelque sorte métastatique du virus tuberculeux au niveau d'un locus minoris resistentiæ.

Il est en effet très probable que souvent, comme l'ont démontré des travaux récents, le virus tuberculeux provenant des crachats ou de la matière fécale du malade lui-même a été inoculé dans la peau ou la muqueuse et a ainsi donné lieu à un nouveau foyer tuberculeux présentant les caractères de la tuberculose franche, de l'ulcère des phtisiques.

On sait du reste par les belles expériences de Charrin, qui sont venues confirmer celles que Cornil, Babès et moi, avions entreprises en ce qui concerne le lupus en 1882, que la tuberculisation d'un individu ne lui donne aucune immunité et que chez un animal rendu tuberculeux par une première inoculation, on peut provoquer une nouvelle tuberculose locale présentant la même marche et les mêmes lésions que la première.

Enfin plusieurs auteurs, parmi lesquels Lehmann, Hanot, Lefèvre, ont montré qu'une tuberculose ulcéreuse de la peau, tuberculose présentant tous les caractères de l'ulcère des phtisiques, peut être consécutive à une inoculation du tégument par voie externe.

Ce que je viens de dire de la tuberculose ulcéreuse franche est absolument applicable aux gommes scrofulo-tuberculeuses que plusieurs auteurs veulent ranger toujours parmi les tuberculoses secondaires. Dans certains cas, en effet, les gommes scrofulo-tuberculeuses peuvent (j'en ai vu des exemples remarquables), être consécutives à une inoculation directe par voie externe.

Ainsi donc la tuberculose cutanée franche ulcéreuse (ulcère des phtisiques) et les gommes scrofulo-tuberculeuses, peuvent être consécutives à une inoculation du tégument par voie externe.

D'autre part il est évident que dans un grand nombre de cas, elles peuvent être consécutives à une inoculation par voie interne.

Mais cette dernière proposition, l'origine par inoculation interne, est applicable également à certains cas de lupus, affection que quelques auteurs voudraient toujours faire dériver d'une inoculation par voie externe.

Le seul fait de la production du lupus autour de la fistule d'un foyer tuberculeux profond, la façon dont les nodules lupeux secondaires apparaissent autour d'un premier placard, montrent qu'il peut en être ainsi.

Cependant j'avoue que les faits cliniques, anatomo-pathologiques et autres, me portent à croire que le plus souvent le lupus est dû à une inoculation venant du dehors, comme nous le verrons à propos de la pathogénie du lupus.

Ainsi donc toutes les tuberculoses tégumentaires sont le résultat d'une inoculation du tégument par le virus tuberculeux. Cette inoculation est le plus souvent directe et d'origine externe, surtout en ce qui concerne le lupus et ses variétés atypiques. Dans certains cas exceptionnels elle est d'origine interne et en quelque sorte métastatique.

Les aspects cliniques de ces tuberculoses tégumentaires varieront beaucoup, on le conçoit, suivant le mode d'infection tégumentaire, le siège anatomique et régional de cette inoculation, la nature quantitative et peut-être qualitative du virus tuberculeux, la combinaison de ce virus avec d'autres microbes pathogènes, la réceptivité de la peau pour le virus tuberculeux, la réaction générale et locale de l'individu inoculé, etc., etc.

Mais ces formes cliniques, si polymorphes dans leur aspect, sont unies par un lien indissoluble, leur essence, leur nature. Aussi la clinique montre-t-elle à chaque instant à l'observateur attentif qu'il existe entre ces différentes formes des variétés de passage prouvant leur identité d'origine.

Parmi les tuberculoses du tégument, le lupus tient une place prédominante. C'est autour de cette scrofulo-tuberculose tégumentaire, la plus fréquente de toutes, que viennent se grouper les nombreuses formes et variétés, accessoires d'ailleurs, de la tuberculose du tégument.

Les différentes formes de la tuberculose tégumentaire peuvent se classer actuellement de la façon suivante :

A. Le lupus vulgaire vrai non exedens et exedens.

B. Les variétés atypiques du lupus vulgaire
- 1. Lupus vulgaire colloïde
- 2. Lupus vulgaire myxomateux
- 3. Lupus vulgaire scléreux ou demi-scléreux
  - Lupus vulgaire scléreux et demi-scléreux
    - papillomateux
    - plan
    - profond
  - Variétés atypiques et riches en bacilles du lupus scléreux et demi-scléreux.
    - Certaines variétés du lupus scléreux et demi-scléreux.
    - La tuberculosis verrucosa cutis.
    - Certains tubercules anatomiques.
- 4. Lupus vulgaire érythématoïde.

C. Les gommes scrofulo-tuberculeuses
- dermiques.
- hypodermiques.

D. La tuberculose ulcéreuse, franche du tégument.
- Variété secondairement ulcéreuse. (Type Vulpian, Coyne, Jarisch, Vidal.)
- Variété ulcéreuse d'emblée. (Type Lehmann, Hanot, Lefèvre.)

E. La tuberculose tégumentaire mixte, résultant du mélange de deux ou plusieurs des variétés précédentes.

Le cas est fréquent.

Au point de vue du pronostic et de la pathogénie, les tuberculoses tégumentaires peuvent se diviser en primitives et secondaires, suivant qu'elles constituent le premier foyer tuberculeux dont est atteint l'individu ou qu'au contraire elles se sont montrées après l'apparition d'autres lésions tuberculeuses.

De même que le terme scrofulo-tuberculose, le terme lupus doit être conservé, car, dans ses types classiques le lupus présente des caractères spéciaux qui le distinguent des autres variétés de la tuberculose tégumentaire.

Si par son essence il appartient au cadre des tuberculoses du tégument,

par certains de ses caractères il constitue un groupe particulier des tuberculoses tégumentaires.

Au point de vue clinique, en effet, cette forme de tuberculose se distingue comme nous le verrons, par l'aspect particulier de ses lésions élémentaires (les lupômes), par sa chronicité, sa marche extensive, son apparition la plus fréquente dans le jeune âge, par sa rareté excessive au niveau de certains territoires muqueux assez fréquemment envahis par la tuberculose franche ulcéreuse (la langue, la vulve, l'anus, la muqueuse des organes génitaux externes de l'homme, etc.). Le lupus est encore remarquable par l'état de santé souvent excellent des sujets chez lesquels il se développe; la difficulté avec laquelle il amène l'infection générale, quand il la détermine (ce qui est en somme rare, comme le montrent ces malades qui résistent indéfiniment à l'infection tuberculeuse centripète, bien que de vastes surfaces de leur peau soient depuis de longues années labourées par le lupus).

Au point de vue histologique (histologie cellulaire), le lupus est surtout remarquable par l'abondance de ses cellules géantes, par une caséification moins rapide, par une vascularisation plus abondante que la tuberculose franche.

Au point de vue bactériologique, le lupus se distingue par le très petit nombre de bacilles tuberculeux qu'il renferme.

Enfin il se distingue au point de vue expérimental par les conditions techniques toutes spéciales dans lesquelles il faut se placer pour obtenir des tuberculoses par inoculation au moyen des produits lupeux, ainsi que nous le verrons à propos de la pathologie expérimentale.

Donc, par ses caractères cliniques, histologiques, bactériologiques et expérimentaux, il est évident que le lupus diffère un peu des autres variétés de la tuberculose tégumentaire, comme nous l'avons déjà démontré et comme nous le démontrerons longuement et péremptoirement dans ce livre.

Cela n'a rien qui doive nous surprendre, car l'on conçoit très bien que le lupus, tuberculose tégumentaire peu riche en bacilles, doit se présenter sous un aspect particulier, la peau étant, comme on le sait, un mauvais terrain de culture pour le bacille tuberculeux, tant à cause de sa structure histologique particulière, que de sa température plus basse (défavorable, comme l'a indiqué Koch, au développement du bacille tuberculeux). L'on peut même se deman-

der si les mouvements continuels qui se produisent à la surface de la peau n'entravent pas également la multiplication des bacilles, Koch ayant démontré que ceux-ci se développent avec une extrême difficulté dans les milieux agités.

Les considérations précédentes tendent donc à montrer que les caractères particuliers de la tuberculose lupique dépendent de la nature du virus qui la détermine et du milieu anatomique spécial dans lequel elle se développe. Elles permettent de mieux comprendre les deux faits cliniques suivants qui ne sauraient trop appeler l'attention des cliniciens : c'est sous la variété lupeuse que se présente le plus souvent la tuberculose cutanée consécutive à l'inoculation de la peau par des foyers tuberculeux profonds, comme l'ont remarqué avec raison Volkmann, Schuller, Neisser; il est presque impossible, comme l'a bien montré Michelson, de tracer exactement les limites qui séparent le lupus des muqueuses de la tuberculose de ces régions (comme nous le verrons tout à l'heure, ce n'est que dans les cicatrices que l'on retrouve le nodule lupeux caractéristique, au niveau des muqueuses).

L'on conçoit donc bien qu'une tuberculose si peu virulente, localisée dans la peau (1) ne verse pas dans le système vasculaire une quantité suffisante de virus pour déterminer facilement et fréquemment l'infection générale du sujet.

D'ailleurs, si dans ses types classiques le lupus vulgaire présente des caractères particuliers qui en font une affection autonome, dans certaines de ses variétés anormales, atypiques, il se rapproche tellement au point de vue clinique des autres tuberculoses tégumentaires, qu'il est difficile de nier les étroites relations qui existent entre celles-ci et le lupus.

C'est ainsi que le lupus tuberculo-gommeux, dans ses différentes variétés, nous amène insensiblement à la gomme scrofulo-tuberculeuse.

C'est ainsi que le lupus papillomateux, le lupus scléreux, dans certaines

1. La peau constitue en effet, de tous les organes du corps humain, celui qui offre le terrain le moins favorable à la fixation et à la multiplication du bacille tuberculeux, par suite de raisons anatomiques, thermiques et enfin de raisons de mobilité sur lesquelles nous ne pouvons insister, etc.

Rappelons à ce propos que Koch a remarqué que le bacille tuberculeux ne se développe que dans un tissu présentant une certaine immobilité.

Il est donc vraisemblable de supposer que les mouvements et les frottements auxquels est soumis le tégument externe constituent de mauvaises conditions pour la germination du bacille de la tuberculose.

de leurs variétés, ne peuvent être distingués de certaines tuberculoses par inoculation externe (tubercule anatomique, tuberculosis verrucosa cutis).

C'est ainsi que l'on voit même, exceptionnellement il est vrai, certains lupus ulcéreux riches en bacilles, présenter la plus grande analogie avec la tuberculose ulcéreuse franche du tégument. D'autre part l'on voit quelquefois la tuberculose franche de la peau et des muqueuses singer au plus haut degré le lupus.

Dans ces cas, toute distinction est réellement impossible, comme l'a bien démontré Michelson pour le lupus des muqueuses.

L'on voit souvent d'ailleurs coïncider chez le même sujet, soit comme complications successives, soit simultanément (ce qui est plus rare), les différentes varéités de la tuberculose tégumentaire : le lupus vulgaire classique exedens ou non exedens, le lupus scléreux, papillomateux, dans ses variétés atypiques, les gommes scrofulo-tuberculeuses avec leurs complications (lymphangites, adénopathies tuberculeuses), voire même la tuberculose franche du tégument.

Le lupus peut dériver des autres tuberculoses, non seulement des autres tuberculoses cutanées et en particulier des gommes scrofulo-tuberculeuses, mais encore d'autres foyers tuberculeux plus profonds (gommes scrofulo-tuberculeuses profondes, tuberculose ganglionnaire, lésions osseuses et articulaires). Le lupus peut même avoir pour origine une tuberculose viscérale, soit que le bacille inoculé provienne du sujet lui-même, soit qu'il provienne d'un autre malade.

Le lupus enfin peut être déterminé par l'inoculation de la tuberculose des animaux, comme je l'ai montré en 1888 au Congrès de la Tuberculose et comme l'a écrit ultérieurement Jadassohn.

Réciproquement le lupus peut aboutir aux autres variétés de la tuberculose tégumentaire, il peut être l'origine de lésions tuberculeuses profondes (gommes scrofulo-tuberculeuses), lymphangites et adénites tuberculeuses, lésions osseuses et articulaires, il peut aboutir à l'infection viscérale et générale du sujet.

Au point de vue de l'histologie cellulaire, il est réellement impossible d'établir une distinction radicale entre le lupôme et le tuberculôme, malgré les travaux de Baumgarten et de Grancher. En somme, les différences histologiques sont bien peu importantes, le processus pathologique est seulement plus prononcé et plus rapide dans la tuberculose que dans le lupus.

Au point de vue bactériologique, l'élément spécifique, le bacille de Koch,

existe dans le lupôme comme dans le tuberculôme, il est seulement beaucoup moins abondant dans le lupôme. Dans certaines variétés atypiques et rares du lupus, ce bacille est cependant quelquefois très abondant.

Au point de vue expérimental, je crois avoir établi d'une façon absolue depuis 1882, que le lupus, inoculé dans de bonnes conditions de technique expérimentale, reproduit toujours la tuberculose.

Les résultats en apparence contradictoires qui ont été publiés dépendaient d'un défaut de technique. Si l'on a cru pouvoir espérer un moment, en 1888, que Arloing avait trouvé le moyen de distinguer la scrofule de la tuberculose par les inoculations expérimentales, en disant que les produits scrofuleux prennent seulement chez le cobaye, tandis que les produits tuberculeux francs prennent chez le lapin et le cobaye, l'on a été obligé d'abandonner bientôt cette opinion, pour le lupus tout au moins.

Ce que j'avais écrit en 1882, répété et développé ultérieurement, à savoir que ces différences n'existent pas en ce qui concerne le lupus, que le lupus inoculé dans un milieu approprié et dans de bonnes conditions de technique expérimentale reproduit toujours la tuberculose, n'a pu être ébranlé.

White, de Renzi, Nocard, etc., sont venus successivement confirmer mon opinion à laquelle Arloing a fini par se rallier, en ce qui concerne le lupus, au Congrès international de la Tuberculose en 1891.

Il en est des scrofulo-tuberculômes comme des tuberculômes : les milieux dans lesquels on les inocule, la technique que l'on emploie sont d'une importance majeure au point de vue de la compréhension des résultats obtenus, comme je l'ai montré en 1882 pour le lupus et ultérieurement pour les produits scrofulo-tuberculeux et comme l'a montré Charrin, en 1889, pour les produits tuberculeux francs.

Le lupus rentre donc dans le cadre des tuberculoses tégumentaires dont il constitue le type le plus fréquent et le plus important. Mais pour les raisons que nous avons énumérées plus haut, cette variété de la tuberculose présente des caractères spéciaux.

Ce livre a pour but d'étudier l'envahissement du tégument par le virus tuberculeux, et en particulier le lupus et ses variétés atypiques qui constituent la forme la plus fréquente de cette localisation du virus tuberculeux.

Cette étude, par suite de l'aspect du mal, de son extension progressive, de sa marche envahissante, de sa ténacité extraordinaire, de ses récidives toujours à craindre, de la difficulté du traitement, présente une importance majeure.

Celle-ci se trouve encore augmentée par les complications de voisinage qui peuvent en être la conséquence et par la possibilité de l'infection générale du sujet qui en peut être l'aboutissant.

HISTORIQUE

C'est en vain que l'on chercherait dans les écrits des anciens médecins, depuis Hippocrate et Celse jusqu'à Willan et Bateman, une description autonome du lupus. On ne trouverait rien qui puisse permettre d'affirmer que cette maladie fut connue et distinguée par les médecins de l'Antiquité et du Moyen Age comme une affection propre. Il n'en est pas du lupus comme de la lèpre, la littérature ancienne ne nous fournit que les renseignements les plus obscurs sur cette première affection.

Cependant, une maladie cutanée aussi fréquente, aussi horrible, aussi destructive, aussi grave, et à évolution aussi longue, n'avait certainement pas dû passer inaperçue aux yeux des médecins de l'Antiquité et du Moyen Age.

Mais il est certain, et la lecture de leurs ouvrages le prouve, que cette affection fut confondue pendant des siècles, et jusqu'à Willan et Bateman, avec toutes les variétés des processus destructifs de la peau : avec l'épithéliôme, le carcinôme, le sarcôme, la lèpre, la syphilis, la morve, différentes variétés d'ulcères cutanés, etc., etc.

Aussi l'herpès esthiomenos (ἕρπης ἐσθιόμενος) d'*Hippocrate*, la θήρια du même auteur, les quelques lignes que *Celse* consacre à sa Carcinomate et au thérioma, l'herpès ulcérosus d'*Amatus Lusitanus*, l'herpès exedens de *I. Joël*, la fornica corrosiva, la fornica ambulativa des traducteurs arabes, la papula fera de *Hafenreffer*, le tentigo prava, l'herpès phagedœnicus, vorax, ferus, depascens, etc., etc., d'un grand nombre d'auteurs, sont ils simplement des termes s'appliquant aux différentes affections de la peau, y compris le lupus, qui ont une tendance à ronger les tissus.

D'après *Virchow*, qui a publié dans ses *Archives* de très intéressantes recherches historiques sur le lupus, le terme lupus, employé primitivement par le

peuple dans le sens figuré, était déjà généralement en usage au XIIIe siècle. On le trouve dans les ouvrages de l'*Ecole de Salerne*, dans *Roger* (1230), dans *Roland*, etc., et plus tard dans *Manardus*. Mais ce dernier auteur, de même que *Gusdorf*, que *Sennertus*, que *Sauvages*, que *Lorry* lui-même, n'en continue pas moins à confondre, sous le nom de lupus, les différents ulcères rongeants de la peau et en particulier le cancer et les ulcères des membres inférieurs. Chose caractéristique, les termes lupus, lupus-cancer, lupus-lepra, lupus cancrosus, sont appliqués en particulier par ces auteurs aux ulcères des membres inférieurs, tandis que les noms de carcinoma, de noli me tangere, apostema faciei désignent les affections ulcéreuses de la face.

Seul en 1684, *Joh. Doloeus* avait pour la première fois dit que le lupus est un processus destructif du visage. Mais il ne fut pas écouté, et d'ailleurs il confondit comme les autres le lupus avec le cancer et d'autres affections ulcéreuses.

L'introduction du terme lupus dans la littérature médicale ne constitue donc pas un progrès, même en 1777 avec *Lorry* et en 1783 avec *Plenck* de Vienne. Ce terme ne spécifie en rien la nature de l'affection. La confusion persiste. Un mot de plus est seulement introduit dans le vocabulaire médical.

Il faut arriver au commencement du XIXe siècle, à l'époque de Willan et de Bateman pour trouver une définition valable et précise du terme Lupus. *Willan* et son élève et collaborateur *Bateman* sont les premiers dermatologistes qui aient attaché au terme lupus l'idée d'une affection cutanée nettement et exactement déterminée. Ils rangent le lupus dans la classe des tubercules (le terme tubercule étant pris bien entendu dans le sens dermatologique du mot) : ils insistent sur son siège à la face, mais en revanche omettent presque totalement de dire qu'il peut siéger sur d'autres régions du corps ; ils étudient les variétés ulcéreuses du Lupus et le distingnent du cancer.

Ainsi donc, pour l'école de Willan et Bateman, au point de vue de la lésion élémentaire, le lupus doit être rangé parmi les tubercules cutanés. Mais cette classification qui rangeait avec raison le lupus dans la classe des tubercules de la peau, ne fait pas faire un bien grand pas à la question, car à l'époque de Willan et Bateman, la définition du tubercule était tellement vague qu'elle amenait à ranger le lupus dans la même classe que les verrues, le molluscum, etc.

Il ne faut d'ailleurs pas remonter jusqu'à l'époque de Willan et Bateman pour constater que la plupart des dermatologistes ne savent pas exactement ce qu'il faut entendre par le terme tubercule et placent dans cette classe les lésions élémentaires les plus disparates. Ne voyons-nous pas Duhring, en 1883, et Hardy, en 1887, ranger encore le molluscum parmi les tubercules.

J'ai montré, en 1885, dans mes leçons sur les Lésions élémentaires de la peau (publiées en mai 1887 dans le *Journal des Connaissances médicales*) et dans mon *Traité de la Lèpre* (page 45), qu'il n'existait pas dans les auteurs de définition valable du terme tubercule dans le sens dermatologique du mot, et j'ai proposé une définition nouvelle qui a été adoptée depuis par plusieurs dermatologistes

éminents. Cette définition, comme nous le verrons tout à l'heure (page 33), est entièrement applicable au lupus.

Quoi qu'il en soit, à Willan et à Bateman revient l'honneur d'avoir les premiers décrit le lupus comme une affection autonome. Nous désignerons donc désormais le lupus vulgaris indifféremment sous ce nom ou sous celui de lupus de Willan et Bateman et non de Willan seul comme on le fait souvent à tort et injustement.

A dater de Willan et Bateman, le terme lupus est conservé par la majorité des dermatologistes, sauf par *Alibert* (1814) qui restaure le mot herpès esthiomenos sous le nom de dartre rongeante pour ranger le lupus dans les dermatoses dartreuses avec le psoriasis, l'impetigo, l'eczéma; par *Gibert* (1860) qui lui donne également le nom de dartre rongeante et le place dans la classe des tubercules à côté de la chéloïde, du molluscum etc.. ; par *Hardy* qui adopte le terme scrofulide qu'il divise en six espèces : scrofulide pustuleuse, scrofulide tuberculeuse, scrofulide verruqueuse, scrofulide ecthymateuse, scrofulide phlegmoneuse, scrofulide cornée.

Avant d'aller plus loin, je dois ici faire observer que de 1830 à 1870, une des causes qui ont peut-être le plus contribué à entretenir la confusion et le désaccord entre les auteurs des différents pays sur le sens véritable qu'il faut attribuer au mot lupus est la dénomination de lupus érythémateux, qui est donnée à une affection cutanée nouvelle, dont *Biett* (1828) et son élève *Cazenave* (1851) surtout, ont les premiers donné une description complète.

Nous avons vu plus haut dans l'introduction que le terme lupus devait être essentiellement appliqué à une variété particulière de la tuberculose du tégument. Le lupus érythémateux de Biett et Cazenave, le lupus érythémato-acnéique de *Devergie* devraient être désignés autrement que par le terme lupus, leur nature tuberculeuse étant loin d'être démontrée et étant loin d'être admise par la majorité des dermatologistes.

Mais revenons au lupus vulgaire, au lupus vrai ou lupus de Willan et Bateman.

A dater de la description exacte qu'en ont donnée ces deux auteurs, le lupus vulgaire est le point de départ d'une série de recherches importantes, ayant trait à la clinique et à la thérapeutique de cette affection.

Devergie, dans une étude très complète du lupus, en fait un groupe spécial avec la scrofule cutanée. Il le divise en lupus tuberculeux simple et lupus ulcéreux.

Gintrac le divise en lupus ulcéreux, tuberculeux, hypertrophique.

Rayer (1835), *Baumès*, décrivent un lupus exedens et un lupus non exedens.

Bazin, s'appuyant surtout sur l'étude morphologique de l'affection, insiste sur

la lésion élémentaire du lupus qui est un tubercule. Mais il admet, à tort, un lupus scrofuleux et un lupus syphilitique. De même que Hardy, il insiste cependant sur ses relations intimes avec la diathèse scrofuleuse.

Hardy, *Schedel*, *Cazenave*, *E. Vidal*, *E. Besnier*, *Lailler*, en France ; *Hebra*, *Kaposi*, *Auspitz*, *Lang*, *Pick* en Autriche-Hongrie ; *Virchow*, *Fuchs*, *Volkmann*, *Veiel* en Allemagne ; *Mac Call Anderson*, *E. Wilson*, *T. Fox*, *Balmano Squire*, *Hutchinson*, *Crocker*, etc., en Angleterre ; *Duhring*, *Prince Morrow*, *Duncan Bulkley*, etc., aux États-Unis, font faire des progrès réels à l'étude clinique et à la thérapeutique de cette affection.

Malheureusement, si le lupus est mieux connu et mieux traité, si les auteurs en décrivent une innombrable série de genres et de variétés, le plus grand désaccord n'en règne pas moins entre eux sur la nature du lupus.

Pour les uns le lupus est seulement et uniquement une manifestation cutanée de la scrofule.

D'autres admettent un lupus scrofuleux et un lupus syphilitique.

Pour d'autres enfin, pour Hebra et pour l'École autrichienne en particulier où cette opinion est encore soutenue par plusieurs dermatologistes éminents, le lupus constitue une affection spéciale, absolument distincte de la syphilis et de la scrofule. *Virchow*, *Baumgarten*, *Klebs*, partagent également cette opinion.

C'est le mérite de l'École française, d'avoir, s'appuyant sur la seule clinique, et avec une ténacité que n'ont pu ébranler les critiques de l'École autrichienne, affirmé il y a longtemps la nature scrofuleuse (lisez maintenant scrofulo-tuberculeuse) du lupus. A l'École française se sont joints de nombreux médecins anglais, américains, allemands et même autrichiens.

Baudelocque, *Milcent*, *Devergie*, *Gintrac*, *Lugol*, *Bazin*, *Hardy*, *E. Vidal*, *Hillairet*, *Lailler*, *E. Besnier*, en France ; *Samuel Plumbe*, *Erasmus Wilson*, en Angleterre, considérent le lupus comme une scrofulide.

Fuchs, *Veiel*, *Billroth*, *O. Weber*, etc., soutiennent une opinion analogue.

Mais plusieurs des auteurs précités, entre autres, *Bazin*, *Veiel*, *Erasmus Wilson* admettaient en outre la possibilité d'un lupus syphilitique ; et *Veiel*, *Erasmus Wilson*, etc., insistaient sur le rôle probable que peut jouer la syphilis héréditaire tardive dans la production de cette affection.

Malheureusement l'accord ne pouvait se faire et pour cause, entre deux opinions aussi distinctes.

Le lupus est pour vous une scrofulide, disait l'École de Vienne à l'École française : veuillez donc nous dire ce qu'est la scrofule? Croyez-vous que votre lupus non scrofuleux, qui pour les uns constitue une néoplasie spéciale, pour les autres une inflammation particulière de la peau, soit chose plus claire, ripostait l'École française.

Et le lupus syphilitique de certains auteurs venait encore embrouiller la question.

Les recherches histologiques de *Virchow*, *Klebs*, *Berger*, *Pohl*, *Baumgarten*, *Veiel*, *Rindfleisch*, *Hebra*, *Lang*, *Kaposi*, *Jahrisch*, *E. Vidal*, etc., malgré tout leur intérêt, ne purent arriver à éclaircir la question de la nature du lupus.

Cependant, les médecins qui considéraient le lupus comme une affection scrofuleuse tenaient bon, et Hardy, Lailler, E. Vidal, E. Besnier, continuaient à soutenir la nature scrofuleuse de cette maladie, malgré les critiques de Kaposi, Auspitz, etc.

De plus, grâce aux justes et énergiques attaques de *Hebra*, de *Virchow*, de *Hebra et Kaposi, de Besnier*, *Lailler*, *E. Vidal*, de *Balmano Squire*, etc., le lupus syphilitique est avec raison rejeté par la majorité des dermatologistes, *et la question se limite à ceci :*

Le lupus est-il une scrofulide ou au contraire une affection cutanée ne présentant aucun rapport avec la scrofule ?

Les dermatologistes auraient encore pu discuter longtemps sans s'entendre sur la nature scrofuleuse du lupus.

Mais voilà que, avec les recherches sur la tuberculose de Köster, de Friedländer, de Schüppel en Allemagne; de Charcot, de Cornil, de Grancher, de Thaon, etc., en France,

la question de la scrofule est mise en jeu.

On montre (V. plus haut pages 7, 8 etc.), que bien des lésions scrofuleuses ne sont autre chose que des tuberculoses locales.

L'édifice vermoulu de la scrofule commence à s'écrouler partiellement.

Le lupus ne serait-il pas une tuberculose locale? se demandent *Friedlönder*, *Volkmann* en Allemagne, puis bientôt *E. Besnier*, *Grancher* en France?

La question était posée; et Friedländer, Volkmann, E. Besnier, s'appuyant, les premiers surtout sur des observations anatomo-pathologiques, le troisième sur ses observations cliniques, n'hésitent pas à répondre par l'affirmative et à considérer le lupus comme une tuberculose du tégument.

Cette opinion se trouve immédiatement attaquée non seulement par l'École de Vienne, mais par les partisans les plus acharnés de la nature scrofuleuse du lupus.

Retrancher le lupus de la scrofule ; mais alors que restera-t-il donc à la scrofule après toutes les amputations qu'on lui a faites ?

Il s'agit là d'une question de doctrine.

La scrofule va disparaître.

Comment admettre la disparition d'une affection dont l'autonomie et la réalité ont été si longtemps admises et par des hommes si éminents !

Alors, malgré les recherches histologiques de *Volkmann*, *Friedl''nder*, *Thin*, *Cornil*, *Renaut*, *Larroque*, *Leloir et Vidal* (1) etc., etc., qui montrent l'indentité de structure et d'évolution qui existe entre le lupus et le tubercule ; l'on voit avec une partie de l'École autrichienne (*Kaposi*, *Schwimmer*) des dermatologistes français des plus éminents, *Hardy*, *Vidal* et son élève *Brocq*, accumuler arguments sur arguments, publications sur publications pour combattre la nature tuberculeuse (le terme tuberculeux étant pris ici dans le sens de la pathologie générale) du lupus.

L'union se fit ainsi entre une partie de l'École française et une partie de l'École viennoise, pour combattre la nature tuberculeuse du lupus vulgaire.

La question n'était pas encore mûre.

Le critérium anatomo-pathologique fut déclaré insuffisant, alors que la cellule géante de Schüppel, dont Friedländer voulait faire la caractéristique du noyau tuberculeux, fut trouvée aussi dans les gommes, les bourgeons charnus, les sarcômes et dans les pseudo-tuberculoses expérimentales de Hippolyte Martin, Weiss, Ziegler, etc.

On eut alors recours aux INOCULATIONS EXPÉRIMENTALES. Les magnifiques expériences de Villemin et de ses successeurs, ayant depuis longtemps démontré l'inoculabilité de la tuberculose, si le lupus était de nature tuberculeuse, il devait, inoculé dans de bonnes conditions, reproduire la tuberculose.

Ces inoculations semblèrent d'abord donner raison aux médecins qui niaient la nature tuberculeuse spécifique du lupus.

H. Leloir (1879) ; *Kiener*, *Vidal* (1881) ; *Waldenburg*, *Conheim et Fränkel*, *Hueter*, *Auspitz*, *Pick*, (1882) etc. etc., n'obtiennent que des résultats négatifs ou tellement peu précis que l'on ne peut en tirer aucun résultat valable.

1. Lorsque je publiais en 1882, dans les comptes rendus de la Société de Biologie, en collaboration avec E. Vidal, un mémoire sur l'anatomie pathologique du lupus, j'eus soin d'insister, à la page 704 de ce travail, sur l'identité histologique qui existe entre le lupôme et le tuberculôme : « En somme, l'histologie du lupus « tuberculeux montre que cette affection présente la plus grande analogie avec le tubercule, et dans bien des « cas, en étudiant seulement ici un nodule lupeux primaire ou secondaire, et là un follicule tuberculeux ou « un tubercule plus avancé même, il serait impossible, par le seul examen histologique, de dire que l'on a « affaire ici à du lupus nodulaire et là à du tubercule vrai. »

Bien plus, dans la description que nous donnions d'une forme spéciale de lupus, que nous avons désignée dans ce travail sous le nom de *lupus scléreux*, nous avions soin d'ajouter : « ce lupus scléreux est au lupus « vulgaire, ce que le tubercule fibreux du poumon est à la tuberculose vulgaire de cet organe. Il présente la « plus grande analogie avec le tubercule fibreux du poumon tel qu'il est décrit par Cornil et Ranvier. »

En somme, dans tout ce mémoire, nous ne cessons de proclamer l'identité de structure entre le lupus et le tubercule en général. Toute la partie histologique de ce travail purement histologique devait donc nous amener ou à admettre la possibilité de la nature tuberculeuse du lupus, ou tout au moins à réserver notre opinion. Nous eûmes le tort de mêler à ce travail histologique des considérations extrinsèques tirées de la clinique et de l'expérimentation, et sur ces considérations plus ou moins bien fondées, de combattre la nature tuberculeuse du lupus vulgaire. Je ne tardai pas d'ailleurs (un mois après) à abandonner cette opinion. H. Leloir. — Comptes rendus de la Société de Biologie. Décembre 1882).

Les expériences de *Schüller* (1881) sont dans le même cas et entâchées de trop de causes d'erreur pour pouvoir être invoquées par un expérimentateur, comme preuve de la nature tuberculeuse du lupus.

Enfin dans une série de travaux histologiques importants, *Baumgarten* et d'autres histologistes combattaient la nature tuberculeuse du lupus.

Il fallait appliquer la méthode des inoculations en série, telle que l'a indiquée Hippolyte Martin pour la tuberculose en général. Il fallait se mettre en garde contre les pseudo-tuberculoses de Conheim et Fränkel, de Waldenburg, de H. Martin, etc. Il fallait en outre se placer dans de bonnes conditions expérimentales (ce qui n'avait pas été suffisamment fait antérieurement) et s'entourer d'un grand nombre de précautions dont nous aurons à parler plus loin dans le chapitre : Pathologie expérimentale.

C'est ce que je fis dès 1881, modifiant entièrement ma technique de 1878-1879. (Voir *H. Leloir*. Recherches sur l'inoculation du lupus. (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1882.)

Dès lors avec cette technique perfectionnée les résultats changent complètement. Les inoculations de lupus sont le plus souvent positives et dans les travaux que je publie sur ce sujet en 1882, 83 et 84, soit seul, soit en collaboration avec *Cornil*, je suis amené par mes recherches à considérer le lupus comme une tuberculose peu virulente du tégument. (Comptes rendus de la Société de Biologie, juillet 1883.)

Ces résultats sont vérifiés et confirmés ultérieurement par *Koch*, *H. Martin*, *Doutrelepont*, *Pfeiffer*, *Schuchard et Krause*, *Köbner*, etc., etc...

En août 1884, je démontre dans la thèse de Renouard, puis au Congrès des sciences médicales à Copenhague, que l'on peut à volonté chez l'animal développer en inoculant des produits lupeux, soit une tuberculose d'abord locale, soit une tuberculose générale, suivant le procédé technique que l'on a employé ; et je prouve de nouveau que le lupus est une des variétés de la tuberculose tégumentaire.

Depuis lors, les conclusions que j'ai tirées de mes recherches sont confirmées par un grand nombre de médecins.

Je ne cesse pas pour cela de poursuivre mes études expérimentales et bactériologiques, et, grâce au perfectionnement apporté dans ma méthode depuis 1884, je puis dire, en août 1891, au Congrès international de la tuberculose, en me basant sur l'inoculation de 200 cas de lupus, que le lupus est bien une des variétés de la tuberculose tégumentaire, variété peu virulente, mais tuberculose véritable, car elle est inoculable au lapin et au cobaye quand on se place dans de bonnes conditions expérimentales.

Je démontre, en 1888, au Congrès international de la tuberculose que ces variétés rares du lupus, le lupus vulgaire colloïde, le lupus vulgaire myxomateux, le lupus vulgaire scléreux que je décris sous le nom de variétés atypiques du lupus vulgaire, appartiennent bien au groupe lupus, et, de même que le lupus vulgaire classique ne sont autre chose que des tuberculoses peu virulentes du tégument.

Je ne tarde pas à démontrer qu'il en est de même de cette variété du lupus vulgaire si souvent confondue avec le lupus érythémateux vrai, que je décris et étudie sous le nom de lupus vulgaire érythématoïde.

A la même époque j'étudie le lupus des muqueuses et en particulier le lupus de la langue, et ici encore je constate que le lupus doit être considéré comme une tuberculose peu virulente du tégument.

En mai 1889, je prouve, dans un Mémoire présenté à l'Académie des sciences, qu'un grand nombre d'adénopathies qui sont en relation avec le lupus ne sont pas des adénopathies inflammatoires simples, comme l'ont écrit Hebra, Kaposi et d'autres auteurs, mais bien des adénopathies scrofulo-tuberculeuses provenant de l'envahissement du ganglion par le virus scrofulo-tuberculeux puisé par les lymphatiques dans le foyer lupeux.

En somme, en 1882, 1884 et dans les années suivantes, nous voyons la pathologie expérimentale venir démontrer d'une façon éclatante que le lupus est une tuberculose peu virulente du tégument.

La découverte dans le lupus du BACILLE DE KOCH vient, en 1883, fournir à cette opinion l'appoint de la bactériologie. *Demme* le premier, puis *Doutrelepont*, *Pfeiffer*, *Schuchard et Krause*, *Cornil et Leloir*, *Koch*, *Lachmann*, *Köbner*, *Pick*, *Neisser*, *Unna*, etc., demontrent l'existence de bacilles de la tuberculose dans le lupus vulgaire ; mais tous ces auteurs insistent sur la rareté de ces bacilles.

Enfin, en 1884, *Koch* obtient des cultures pures de bacilles de la tuberculose en cultivant des produits lupeux et détermine par l'inoculation de ces cultures des tuberculoses inoculables en série aux animaux.

En 1888-89-90-91, je démontre que, contrairement à l'opinion de Baumgarten, les phénomènes de suppuration qui se produisent au niveau des foyers lupeux ne sont pas caractéristiques du lupôme proprement dit, mais sont dûs à l'action combinée des agents de la suppuration et du bacille de Koch.

L'on peut dire que depuis 1884, grâce à la clinique, à la pathologie expérimentale, à l'histologie pathologique et aux recherches bactériologiques, la nature tuberculeuse du lupus vulgaire a été en s'affirmant de plus en plus. Actuellement cette nature tuberculeuse est admise par la grande majorité des médecins (1) : le lupus est rangé parmi les tuberculoses du tégument, à côté de la tuberculose franche tégumentaire et des gommes scrofulo-tuberculeuses.

La démonstration de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire devait amener des résultats considérables tant au point de vue de l'étude clinique, pathogénique et pronostique, qu'au point de vue prophylactique et thérapeutique de cette redoutable affection.

1. C'est ainsi qu'avec un esprit scientifique dont on ne saurait trop les louer, l'on vit dans ces dernières années un certain nombre des adversaires les plus acharnés de la nature tuberculeuse du lupus, mais non des moins éminents, parmi lesquels je citerai en première ligne E. Vidal et son élève Brocq, admettre la nature tuberculeuse du lupus vulgaire. Parmi les adversaires de cette opinion dont le nombre s'éclaircit tous les jours, je trouve encore néanmoins les noms de Hardy, Kaposi, Schwimmer.

DÉFINITION DU LUPUS

On conçoit aisément que les opinions si contraires qui ont régné et règnent encore sur la nature du lupus; que l'absence de monographie sur le lupus écrite dans ces derniers temps par un dermatologiste pour lequel la nature tuberculeuse du lupus est démontrée; que l'absence de caractéristique donnée par certains dermatologistes à la lésion initiale du lupus, et qu'enfin la définition insuffisante de la classe tubercule (1) dans laquelle on doit ranger la lésion élémentaire du lupus, ont dû influer notablement sur la définition de cette affection.

1. J'ai cru dans mes leçons cliniques (devant les définitions si vagues que les auteurs donnent de la lésion élémentaire tubercule, définitions où ils s'efforcent en vain de distinguer le tubercule de la papule par le volume, la consistance de l'une ou l'autre lésion élémentaire, laissant absolument de côté ce caractère majeur tiré de l'évolution : la non-résolution du tubercule), devoir proposer une définition de cette lésion élémentaire qui fût plus en rapport avec les progrès de la dermatologie et de la bactériologie, avec la clinique moderne en un mot. Avec cette définition on peut distinguer le tubercule des papules et des tumeurs de la peau et l'on s'étonnera de trouver le molluscum fibreux, par exemple, rangé parmi les tubercules dans les traités classiques récents, comme on a pu le voir, en 1885, dans le traité de Duhring, en 1887, dans le nouveau traité de Hardy.

Voici la définition de la lésion élémentaire tubercule que j'ai proposée en 1885. Elle a été adoptée depuis par plusieurs dermatologistes des plus éminents. Je définis le tubercule : « Une néoplasie siégeant dans le derme, de nature inflammatoire ; non résolutive spontanément (tendant par conséquent à la destruction partielle ou totale des tissus dans lesquels elle s'est développée et à la formation de cicatrices par ulcération, par sclérose ou par résorption interstielle) ; renfermant un micro-organisme pathogène. » (H. Leloir. *Traité de la Lèpre*, 1886, page 45. Note de bas-page. et Leçons sur les lésions élémentaires de la Peau. *Journal des Connaissances médicales*, 5 mai 1887, page 138.)

De même que j'avais pu appliquer cette définition dermatologique du tubercule (lésion élémentaire) au syphilôme dermique et au léprôme dermique nodulaire, celle-ci est entièrement applicable au lupôme (lésion élémentaire du lupus vulgaire). Elle permet en outre de saisir plus facilement les analogies cliniques et pathogéniques, qui existent entre ces trois affections : syphilide tuberculeuse, lèpre systématisée tégumentaire nodulaire, lupus. Elle montre enfin les analogies qui existent entre le lupôme (scrofulo-tuberculose cutanée nodulaire) et les gommes scrofulo-tuberculeuses (voir la définition que j'ai donnée des gommes dans mes leçons sur les lésions élémentaires de la peau). Nous verrons plus loin que lorsque le lupôme envahit non seulement le derme, mais les tissus sous-jacents et qu'il détruit les tissus par nécrobiose ulcéreuse, il est presque impossible de le distinguer des gommes scrofulo-tuberculeuses. Ceci est tellement vrai que E. Besnier a été forcé de proposer, et avec raison, le terme de lupus ulcéro-gommeux pour certaines variétés profondes du lupus exedens.

Voici la définition que je propose :

Le lupus est une des formes de la tuberculose tégumentaire, variété peu virulente (1) (scrofulo-tuberculeuse,); dont la lésion élémentaire (lupôme) est au point de vue dermatologique un tubercule, tubercule de volume et de dispositions très variables, de couleur rouge-brunâtre rappelant plus ou moins le sucre d'orge, d'une consistance molle; évoluant en général d'une façon lente, chronique; détruisant les tissus soit par résorption interstitielle (lupus non exedens). soit par ulcération (lupus exedens), soit par sclérose (lupus sclérosé). Le lupus peut envahir toutes les régions de la peau et des muqueuses adjacentes. Il s'accompagne souvent d'autres lésions scrofulo-tuberculeuses; comme toutes les tuberculoses locales, il peut amener l'infection partielle ou totale de l'économie. Il débute en général dans l'enfance ou l'adolescence.

A cette définition il faudrait ajouter que cette production scrofulo-tuberculeuse (que je désignerai désormais sous le nom de lupôme), si elle se développe le plus souvent dans le derme sous forme de nodosités prenant l'aspect de la lésion élémentaire tubercule, peut aussi parfois se déposer d'une façon plus diffuse (lupôme en nappe), ce qui pourrait porter à diviser le lupôme, de même que je l'ai fait pour le léprôme dans mon *Traité de la Lèpre*, en lupôme en nappe et en lupôme nodulaire (2).

Mais un examen attentif fera le plus souvent reconnaître la lésion élémentaire tubercule, soit dans le placard lupeux lui-même, soit au niveau de ses bords, ou dans son voisinage ou au niveau d'autres lésions lupeuses. Le lupôme en nappe doit, au point de vue dermatologique, être considéré comme une infiltration confluente et diffuse de tubercules lupeux. Il faut aussi adjoindre à cette définition que en général le lupôme ne se ramollit pas en masse, ce qui le distingue des gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques, avec lesquelles d'ailleurs certaines variétés de lupus ulcéreux présentent une grande analogie.

De cette définition du lupus découlent sa description, son évolution, ses complications, son pronostic, son diagnostic, et sa thérapeutique :

Le lupus a pour lésion élémentaire un tubercule (ou parfois une tuberculo-gomme). Nous désignerons cette lésion élémentaire sous le nom de lupôme. Donc, comme toute lésion cutanée constituée par la lésion élémentaire tubercule (3)

1. Je dis peu virulente, et non atténuée, comme on l'a fait jusqu'ici et comme je l'ai souvent fait moi-même à tort, parce que l'adjectif atténué pourrait faire croire qu'il s'agit ici d'un virus atténué, d'un virus vaccin. Il n'en est malheureusement rien ; la clinique et l'expérimentation le prouvent tous les jours. Il s'agit ici tout simplement d'une tuberculose peu riche en bacilles, peu virulente en un mot, mais qui, que l'on me passe une comparaison vulgaire, n'en est pas moins une tuberculose, comme un potage peu riche en vermicelle n'en est pas moins un potage au vermicelle. Cette rareté des bacilles est sans doute une des causes qui expliquent l'apparence et l'évolution clinique du lupus vulgaire et la différence objective et évolutive qui existe entre celui-ci et les tuberculoses dites vraies de la peau et des muqueuses.

2. Lorsque, ce qui arrive pour certaines formes de lupus ulcéreux profond, le lupôme envahit non seulement le derme, mais l'hypoderme et les tissus sous-jacents et qu'il les nécrose et ulcère profondément, la lésion élémentaire du lupus sera plutôt une gomme qu'une tubercule (voir ma définition de la gomme: H. Leloir. Leçons sur les lésions élémentaires de la peau. — *Journal des Connaissances médicales* 1887). Le terme de lupus tuberculo-gommeux proposé par E. Besnier pour désigner ces variétés de lupus (lupus ulcéreux profond), me paraît pleinement justifié.

3. Ou la lésion élémentaire gomme à laquelle les mêmes considérations sont applicables comme j'y ai insisté dans mes leçons sur les lésions élémentaires de la peau, et comme nous l'avons vu plus haut.

(nodosité parasitaire), il suivra une marche extensive, excentrique, envahissante, destructive et sera suivi de cicatrices plus ou moins accentuées.

Le lupus a pour lésion élémentaire un tubercule, donc il est produit par un micro-organisme pathogène. Ce micro-organisme pathogène est défini : c'est le bacille de la tuberculose. Donc le lupus est une tuberculose locale.

Cette tuberculose locale est peu virulente. Aussi le lupus suit-il une marche lente, chronique. Mais cette virulence est suffisante pour amener à la longue des complications d'origine infectieuse. (A. Infection de voisinage; exemple : lymphangites scrofulo-tuberculeuses, gommes scrofulo-tuberculeuses, adénopathies scrofulo-tuberculeuses. B. Infection viscérale et générale; exemple : tuberculose pulmonaire, tuberculose miliaire aiguë, etc.).

Le diagnostic du lupus dans les cas difficiles reposera entièrement sur ce fait : c'est une tuberculose locale peu riche en bacilles. Il faudra dans ces cas avoir recours à la recherche des bacilles (et pour cela s'armer de patience), et surtout, ce qui est plus facile et plus sûr, aux inoculations pratiquées aux animaux en s'entourant de toutes les ressources de la technique expérimentale, sur lesquelles j'ai tant insisté depuis 1882. C'est ainsi que dans les cas difficiles on pourra distinguer le lupus de certaines syphilides avec lesquelles on peut le confondre aisément.

Le lupus étant une tuberculose locale, il faudra le traiter comme telle, par la destruction, par les agents antiparasitaires.

SYMPTOMATOLOGIE DU LUPUS

Nous venons de voir que la lésion élémentaire du lupus vulgaire est un tubercule. « Cette lésion élémentaire, disent avec raison Besnier et Doyon, se retrouve plus ou moins nette dans toutes les formes et variétés de l'espèce (1). »

Nous devons donc étudier ce tubercule lupeux, ce lupôme, dans son aspect, son évolution, son siège, etc., et préciser en même temps ce que ce tubercule présente de particulier qui le distingue des autres affections cutanées dont la lésion élémentaire est également un tubercule (la syphilide tuberculeuse, la lèpre systématisée tégumentaire).

Comme pour toutes les affections cutanées qui ont pour lésion élémentaire un tubercule, on peut prévoir d'avance que le lupus vulgaire doit se présenter sous les aspects les plus variés.

Ces différences objectives cliniques tiennent, d'une part, aux variétés de forme, de volume, de coloration, de disposition, de nombre, de siège régional, anatomo-topographique, anatomique, etc., des tubercules lupeux.

Elles proviennent, d'autre part, des différences objectives que présentent ces tubercules, suivant leur âge, leur évolution, leur régression, la façon variable suivant les sujets, avec laquelle la peau est modifiée par le lupôme, le degré de virulence de l'agent tuberculeux, l'action surajoutée de microbes non tuberculeux, les irritations et infections secondaires, etc., etc.

Enfin, de même que je l'ai fait remarquer pour le léprôme tégumentaire à la

1. Il est certain que dans l'immense majorité des cas (je parle des cas difficiles où les tubercules sont peu nets), ces tubercules seront constatables à un examen attentif lorsqu'on étudiera avec soin, à la loupe, la périphérie du placard lupeux, et que l'on aura soin, en outre, de tendre assez fortement la peau après l'avoir enduite légèrement d'huile ou de glycérine pour rendre l'épiderme plus transparent.

page 42 de mon *Traité de la Lèpre*, l'éruption de tubercules lupeux s'accompagne souvent de lésions diverses *secondaires* de la peau, lesquelles donnent aux régions tégumentaires atteintes des apparences diverses.

Ces lésions peuvent se diviser en deux groupes principaux. Dans le premier cas, il s'agit de complications de surface, lesquelles sont surtout des altérations épidermiques. Dans le deuxième cas, ce sont en quelque sorte des complications de voisinage : lésions secondaires du derme et de l'hypoderme, altérations des vaisseaux sanguins, œdèmes mous ou plus ou moins durs, œdèmes lymphangitiques, lymphangites, etc.

Les quelques considérations précédentes nous expliquent pourquoi, le lupus présentant des aspects aussi variés, il est impossible, devant une pareille complexité, de tracer brièvement un tableau d'ensemble schématique du lupus vulgaire.

M'astreignant dans la description du lupus à la méthode naturelle et anatomique que j'ai adoptée pour base de mon enseignement et que j'ai appliquée à l'étude de la lèpre (voir H. Leloir, Traité de la lèpre, 1886), et à l'étude de la syphilis (voir mes leçons sur la Syphilis, A. Delahaye, 1886), nous commencerons par étudier, d'une façon détaillée, la lésion élémentaire du lupus, le lupôme, le tubercule lupeux.

Nous aurons d'abord à suivre cette lésion élémentaire dans son début (lupus plan), puis dans son accroissement (lupus élevé). Puis nous verrons comment le lupôme, une fois arrivé à son développement complet, évolue vers la régression. Nous étudierons alors les différents modes de régression du lupôme : la résorption interstitielle, la sclérose (dégénérescence fibreuse), la nécrose avec élimination des produits nécrosés à l'extérieur (ulcération).

Nous aurons ainsi, en suivant la marche naturelle du lupus, étudié les phases différentes suivant lesquelles le processus peut se présenter, phases principales auxquelles les auteurs ont donné des noms particuliers pour en faire des formes ou des variétés spéciales de lupus, le processus pouvant, en effet, s'arrêter à l'une quelconque de ces phases et se limiter, par conséquent, à l'une quelconque de ces formes. Ce sont, le lupus plan et le lupus élevé de Besnier et Lailler, le lupus exedens et le lupus non exedens de Rayer, le lupus sclérosé de Leloir.

Mais dans le courant de l'évolution de chacune de ces phases principales, le processus lupeux peut présenter des aspects un peu différents, suivant sa disposition, sa marche générale, les lésions secondaires intéressant le derme, l'hypoderme, les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, l'envahissement plus ou moins grand du lupôme par les microbes de la suppuration et parfois même par certains microbes du sphacèle, etc., etc...

Ces apparences diverses du lupôme, dues à ces variétés de disposition, d'évolution, aux lésions secondaires qui l'accompagnent, ont été élevées par les auteurs au rang de variétés cliniques. Sans attacher à ces variétés objectives une importance exagérée, nous aurons à les décrire en étudiant l'évolution du tubercule lupeux.

Notre étude symptomatologique du lupus comprendra donc :

1° *L'étude du lupus du tégument externe.*

A. *A sa période d'augment.*	Lupus plan Lupus saillant		et leurs variétés multiples.	Lupus non exedens.
B *A sa période de régression ou de dégénérescence.*	Résorption interstitielle. Dégénérescence fibreuse. (Lupus sclérosé.)			
	Ulcération.	Ulcéreux superficiel Ulcéreux profond	et leurs variétés multiples.	Lupus exedens.

2° *L'étude du lupus du tégument interne.* (*Muqueuses.*)

A. *A sa période d'augment.*	Lupus plan Lupus saillant		et leurs variétés.	Lupus non exedens.
B. *A sa période de régression ou de dégénérescence.*	Résorption interstitielle. Dégénérescence fibreuse. (Lupus sclérosé.)			
	Ulcération.	Ulcéreux superficiel Ulcéreux profond.	et leurs variétés	Lupus. exedens.

Nous aurons à décrire certaines variétés plus rares du lupus que j'ai désignées sous le nom de variétés atypiques du lupus vulgaire, à savoir :

- Le lupus vulgaire colloïde ;
- Le lupus vulgaire myxomateux ;
- Le lupus vulgaire scléreux et demi-scléreux et leurs sous-variétés ;
- Le lupus vulgaire érythématoïde.

Puis. nous étudierons les différences objectives que présente le lupus, suivant sa marche générale ;

Suivant le nombre et la disposition de ses éléments ;

Suivant son siège ;

Viendra ensuite l'étude des complications du lupus vulgaire.

1. Lupus du tégument externe (peau).

A. Symptomatologie générale du lupus du tégument externe à sa période d'augment.

1. — Lupus plan

Au début, à la période de développement, le tubercule lupeux, le lupôme, se montre dans toute sa pureté. Comme des tubercules semblables à ceux que nous allons décrire continuent à se produire pendant toute la durée de l'éruption

lupeuse primitive ou bien encore se montrent comme début des récidives ou des poussées secondaires du lupus, on est en droit d'en faire légitimement la lésion élémentaire du lupus,

Cette lésion élémentaire, ce tubercule, se présente sous l'aspect de petits nodules.

Leur *forme* est, en général, ronde, ovalaire, parfois un peu irrégulière, polygonale, ou légèrement étoilée, quand on les regarde à la loupe. Mais leurs contours sont toujours nettement délimités.

Leur *volume* est en général très petit au début. Ils peuvent ne pas dépasser celui d'un grain de sable, de mil, et peuvent ainsi passer inaperçus si l'on n'examine pas la région à la loupe et à la lumière oblique. Ils finissent à la longue par atteindre le volume d'une tête d'épingle, d'un grain de blé, d'une lentille, et même davantage. Mais leur augmentation de volume se fait avec la plus grande lenteur. Il leur faut des semaines, des mois, parfois une année avant d'atteindre le volume d'une lentille. Ils semblent surtout s'étaler en largeur plutôt qu'en profondeur, au début tout au moins, et c'est une des raisons pour lesquelles ils ne font pas, au début, saillie au-dessus de la surface cutanée.

Les lupômes *siègent* dans le derme, mais ils peuvent être situés à des profondeurs très variables, comme on peut s'en assurer parfois par la palpation, ou en tendant la peau, ou encore mieux en sectionnant la peau pour faire une scarification. L'étude histologique des coupes de peau nous montrera d'ailleurs plus loin que (ce que la clinique ne peut faire entrevoir que d'une façon imparfaite), l'on peut trouver des nodules lupeux depuis la couche papillaire la plus superficielle, jusque dans le derme, les parties profondes de celui-ci, l'hypoderme et même exceptionnellement (lorsque la peau n'est pas éloignée d'un os) jusque dans le périoste et les os.

Il en est du lupôme comme des autres lésions élémentaires tuberculeuses de la peau (syphilides tuberculeuses, lèpre systématisée tégumentaire), il envahit non seulement le derme (son siège ordinaire et classique), mais parfois aussi l'hypoderme plus ou moins profondément.

Le fait est important à connaître au point de vue thérapeutique.

Leur *nombre*, on le conçoit, est très variable. Il peut n'y en avoir que quelques-uns ; il y en a souvent des centaines et parfois des milliers. Cela dépend de leur volume et de l'étendue des surfaces envahies par le lupus. On sait que celles-ci peuvent être parfois considérables.

Il en est de même de leur *disposition*. Ils peuvent être isolés ou agglomérés, disséminés ou groupés, ou disposés en lignes courbes, en cercles, et affecter une apparence et une disposition serpigineuses comme certaines syphilides.

On a donné au lupus affectant cette dernière disposition le nom de lupus serpigineux. Nous étudierons plus loin cette variété de lupus. Notons dès maintenant que le lupus serpigineux peut être non exedens ou exedens, plan ou saillant.

Leur *couleur* est rougeâtre, rouge brun ou violacé, ou un peu livide, ou jaune rougeâtre. D'une façon générale, ils ont un fond de couleur jaune demi-

transparente, leur donnant une coloration, une teinte particulière qui a été justement comparée à celle du sucre d'orge (Bazin, Lailler, Besnier, Vidal). Cette sorte de demi-transparence du tubercule lupeux primaire est parfois très prononcée.

Parfois leur couleur est d'un brun violacé, mais jamais du rouge brun cuivré des tubercules syphilitiques. Si l'on appuie le doigt sur les tubercules lupeux, ou si l'on tend fortement, au moyen des doigts rapprochés, la peau dans laquelle ils se sont développés, l'on constate que cette pression fait pâlir un peu momentanément les tubercules. On voit alors leur coloration prendre une teinte plus jaunâtre, rappelant assez bien celle des gelées gélatineuses qui recouvrent les pâtés des charcutiers, sans pour cela perdre dans la netteté de ses contours. La pression, ayant fait disparaître l'hypérémie qui accompagne toujours plus ou moins la formation et l'évolution du lupôme, a permis d'observer celui-ci avec sa couleur particulière.

Une couche épidermique mince et brillante recouvre d'ordinaire le tubercule lupeux et permet de voir par transparence sa couleur rougeâtre. Aussi,au début, la face supérieure du tubercule lupeux, est-elle plate, lisse et comme vernissée.

Les tubercules enchâssés dans le derme comme une mosaïque se trouvent *au niveau de la surface de la peau*, ou même parfois, comme l'a fait remarquer Hébra, un peu au-dessus de la surface de celle-ci. En tous cas, ils ne font jamais une saillie appréciable, même quand on les regarde à la lumière oblique.

Comme le disent justement Besnier et Renouard, ils donnent ainsi à la peau tendue entre deux doigts,une apparence ponctuée caractéristique et qui suffit pour les faire reconnaître dans les cicatrices, même sous les exfoliations épidermiques, surtout si l'on a soin, dans ce cas, d'enduire légèrement l'épiderme avec un corps gras, ce qui lui rend sa souplesse et sa transparence.

Notons dès maintenant que, sans doute à cause des lymphangites et œdèmes lymphangitiques qui les compliquent presque constamment, les tubercules lupeux s'accompagnent le plus souvent d'*empâtement*, *d'engorgement dermo-hypodermique*, que l'on n'observe pas, en général, à un degré aussi accentué au niveau des tubercules syphilitiques.

A cette période de développement du lupus, qui correspond à ce que certains auteurs ont décrit à tort sous le nom de lupus maculosus (Neumann) (mauvaise expression, puisqu'il ne s'agit pas ici de la lésion élémentaire macule ; Voir mes leçons sur les lésions élémentaires de la peau. *Journal des Connaissances Médicales*, 5 mai 1887, mais de la lésion élémentaire tubercule), les tubercules ne sont pas ou à peine perceptibles à la *palpation*.

Toutefois, la pression digitale perpendiculaire à la surface cutanée envahie par le lupus, et accompagnée de petits mouvements de latéralité du doigt,sans que pour cela la pulpe du doigt se détache (autant que possible) de la surface comprimée permettra, dans certains cas, à un toucher exercé, de sentir faiblement les nodosités superficielles ou profondes.

La *vascularisation* du Lupôme est variable. Il saigne facilement et abondam-

ment à la rugination ou à la scarification, mais une légère compression arrête facilement l'écoulement sanguin. Exceptionnellement, cette vascularisation est assez grande pour simuler une tumeur érectile (lupus angiômateux de Besnier).

La *consistance* molle de ces tubercules présente quelque chose d'absolument caractéristique, comme l'ont fait observer avec raison E. Vidal, Balmano-Squire, E. Besnier, etc. Si l'on enfonce dans le nodule lupeux une aiguille, un stylet ou mieux un scarificateur on est tout étonné de la facilité avec laquelle l'instrument traverse le lupôme. On dirait que l'on pénètre dans du beurre, dans de la gelée,et cette mollesse du nodule lupeux tranche d'une façon remarquable avec la résistance solide, ferme, fibreuse,que le derme oppose à l'instrument, lorsque celui-ci a franchi les limites du lupôme.

Un dermatologiste qui a un peu l'habitude du traitement du lupus par les scarifications linéaires, d'après la méthode de E. Vidal,peut, par la simple impression tactile que lui transmet le scarificateur, dire si l'instrument se trouve ou non en tissu lupeux.

Cette consistance molle est d'une grande utilité pour la recherche des nodules lupeux placés plus ou moins profondément dans le derme. Que l'on traite le lupus avec la pointe effilée du thermocautère, ou du galvanocautère, ou du scarificateur, on éprouvera toujours cette sensation de mollesse, cette sensation « gélatineuse » (que l'on me passe l'expression), lorsque l'instrument pénètre dans le tissu lupeux.

La mollesse, la consistance gélatiniforme du tubercule lupeux lui appartiennent en propre, lui donnent un cachet particulier, que l'on ne rencontre pas dans les tubercules de la lèpre et de la syphilis.

Si l'on attaque le nodule lupeux au moyen d'une petite curette, ou mieux, d'une petite gouje, c'est avec facilité que l'on enlève une substance mollasse, gélatiniforme, de couleur brun-jaunâtre, demi-transparente, qui n'est autre chose que des débris du lupôme enchâssé dans le derme. L'opération, en extrayant ainsi le tubercule lupeux, détermine la formation d'une petite cavité plus ou moins profonde, creusée dans le derme et dont les parois fibreuses (quand tout le lupôme a été extrait) se distinguent par leur résistance et leur solidité, de la mollesse du lupôme.

Le tubercule lupeux est à peine, ou pour mieux dire, n'est *pas douloureux*, soit spontanément, soit à la pression. Toutefois, si on palpe ces tubercules avec peu de précaution, le malade accuse souvent une certaine douleur.

Parfois cependant, lorsqu'il se fait des poussées lymphangitiques à son niveau, ou lorsque le lupôme va subir la régression par résorption, ou par ulcération, le malade peut accuser une sorte de tension, de prurit, d'ardeur.

J'ai étudié souvent avec soin l'état de la *sensibilité* des tubercules lupeux. Ces recherches me permettent d'affirmer que, d'une façon générale, la sensibilité au tact simple, au chaud, au froid, à la piqûre, est toujours diminuée à leur niveau. Cette diminution est, en général, légère, parfois même très légère. Mais j'ai observé des cas (très rares il est vrai) où les tubercules lupeux étaient absolu-

ment anesthésiques tant au tact simple, au chaud, au froid, qu'à la piqûre, à la section, etc.

J'ai parlé de ces faits exceptionnels dans mon rapport sur la lèpre en Norvège (Comptes rendus de l'Institut 1885. Comptes rendus de la Société de Biologie 1885) et j'ai montré qu'il était important de les connaître, le médecin pouvant parfois être appelé à poser un diagnostic différentiel entre le lupus et la lèpre systématisée tégumentaire (1).

Depuis un certain nombre d'années, j'ai cherché, au moyen du thermomètre à températures locales de Constantin Paul, s'il n'y avait pas élévation de la *température locale* au niveau des lupômes, ainsi que cela s'observe au niveau des léprômes. (Voir mon Traité de la Lèpre.) Comme on pouvait le prévoir, en tenant compte de l'état hyperémique et inflammatoire qui accompagne toujours, à un degré plus ou moins prononcé, l'évolution du tubercule, j'ai le plus souvent (lorsque mes recherches ont porté sur des lupômes déjà développés, ou sur des disques érythémato-tuberculeux suffisamment grands ou nombreux de lupus plan) pu constater une élévation de la température locale de quelques dixièmes de degré.

Pour éviter les redites, je crois pouvoir noter dès maintenant que dans les cas de lupus congestifs, et surtout lorsque la période d'ulcération est proche, cette élévation de la température locale était plus prononcée (2). L'élévation de la température m'a semblé faire défaut au niveau des vieux tubercules saillants. D'ailleurs, ce phénomène ne présente qu'une importance secondaire.

Tel est l'aspect du tubercule lupeux au début.

A cette période, constitué par un seul tubercule assez volumineux (Lupus solitaire de Willan) ou par plusieurs nodules agglomérés, mais dans les deux cas toujours profondément enchâssés dans le derme, il correspond au LUPUS PLAN de Besnier, Lailler et Mathieu.

On voit que ce lupus plan, dont le type est le lupus plan du centre de la joue, si fréquent chez les enfants et les adolescents, est constitué par un ou plusieurs petits disques érythémato-tuberculeux (tubercules lupeux) profondément enchâssés dans le derme.

Ces PLACARDS LUPEUX varient au début du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de 0 fr. 20 cent.; mais en s'étendant, en s'étalant par extension centrifuge, ils peuvent atteindre une étendue plus considérable.

La plaque est à peine ou nullement saillante; mais en la palpant, en saisissant par exemple la joue entre les doigts, on constate une infiltration parfaitement appréciable, plus ou moins prononcée suivant les cas.

1. Il faut d'ailleurs (comme je l'ai fait observer dans mon Traité de la Lèpre), dans cette étude des troubles de la sensibilité au niveau des tubercules, avoir soin de faire pénétrer l'aiguille jusque dans le tubercule, sous peine de croire parfois la sensibilité conservée, parce que l'on pique la peau soulevée par le tubercule et non le tubercule lui-même.

2. Chez plusieurs de mes malades, l'élévation de la température locale a atteint jusqu'à 2 degrés au niveau du placard lupeux, alors qu'une poussée lymphangitique se faisait au niveau du foyer lupeux.

Cette plaque, d'un rouge brunâtre ou sucre d'orge, est recouverte par un épiderme lisse, vernissé, brillant, au travers duquel on aperçoit les lésions élémentaires.

Les bords sont nettement arrêtés, sans saillie appréciable, mais bien distincts de la peau ambiante. Souvent ils sont eux-mêmes entourés par un léger gonflement comme œdémateux de la peau perceptible à la palpation, sorte d'œdème lymphangitique qui accompagne presque toujours les lupômes.

Ces lupus plans peuvent parfois atteindre des étendues assez considérables.

Les grands placards se forment, soit par la confluence de petits placards primitivement isolés, qui se sont réunis en faisant tache d'huile; soit, et c'est le cas le plus fréquent, par l'apparition à la périphérie du placard primitif de nouveaux tubercules qui ne tarderont pas à s'étaler et à se fusionner avec les bords de ce placard et ainsi de suite.

Il arrive alors souvent que le centre du placard évolue soit vers l'ulcération, soit (et plus ordinairement) vers la résorption interstitielle.

Nous aurons à étudier en détail tout à l'heure ces deux processus.

Remarquons cependant dès maintenant l'aspect particulier que doit présenter un placard de lupus plan, dont le centre s'est cicatrisé par résorption interstitielle.

Ce centre est le siège d'une cicatrice blanche ou d'un gris jaunâtre, lisse et polie en général, très légèrement déprimée. Il est entouré par une bande plus ou moins large, d'une couleur rougeâtre, à peine surélevée, recouverte d'un épiderme luisant (infiltrat lupeux diffus), lequel lui-même se trouve bordé par un semis plus ou moins dense de petits tubercules lupeux de formation nouvelle. C'est par ce bord que le placard lupeux s'étend, fait tache d'huile, mais d'une façon très lente. Enfin, une sorte d'empâtement œdémateux environne le plus souvent l'infiltrat lupeux suivant une zone plus ou moins étendue.

Lorsque l'épiderme qui recouvre le placard de lupus plan, au lieu de demeurer lisse, tendu, comme vernissé, se desquame, cette desquamation peut masquer les tubercules sous-jacents. C'est le *lupus plan pityriasique ou exfoliant.*

Si la desquamation est encore plus abondante, sèche, et ce qui arrive alors souvent, psoriasiforme, ces placards lupiques pourraient être pris pour des placards de psoriasis vulgaire. Ils constituent alors une des variétés du *lupus psoriasique*. (Voir PLANCHE III, *figure* 2.)

L'erreur a été commise plusieurs fois, et à cet égard il en est de cette variété de lupus plan psoriasiforme comme de certaines syphilides psoriasiformes.

Mais, ce qui pourra en général, dans les cas difficiles, permettre de faire le diagnostic, c'est l'existence de cicatrices plus ou moins prononcées au niveau ou dans le voisinage du placard lupique.

Il faut d'ailleurs assez souvent un examen attentif à la lumière oblique pour trouver ces cicatrices. Mais ne préjugeons pas, car nous aurons à reparler tout à l'heure de ce lupus psoriasiforme à propos des lésions épidermiques qui se produisent à la surface des nodules lupeux et à propos du lupus vulgaire érythématoïde.

Le lupus plan, dont le type est le lupus discoïde du centre de la joue des jeunes sujets est, dit avec raison Besnier, le type de la bénignité, de la lenteur et de l'indolence du genre lupeux (1). C'est la scrofulo-tuberculose de la peau à sa plus faible puissance.

Il peut persister ainsi des années sous cet aspect, sans paraître augmenter d'une façon appréciable.

J'ai vu un lupus plan du centre de la joue droite, constitué par cinq tubercules groupés, du volume chacun d'un grain de plomb n° 4, persister ainsi sans trace d'augmentation depuis douze ans.

Les tubercules commençaient même à subir la résorption interstitielle et deux d'entre eux s'étaient affaissés de plus de 2 millimètres au-dessous de la surface cutanée, lorsque le jeune homme se décida à demander mes soins. Je n'hésitai pas néanmoins à détruire ces nodules lupeux au moyen de la pointe fine du thermocautère, et cette seule séance suffit pour amener une guérison complète et permanente depuis cinq ans.

Voici du reste cette observation qui constitue un véritable type de lupus bénin, de scrofulo-tuberculose cutanée à sa puissance la plus faible.

OBSERVATION

Titre : Lupus plan du centre de la joue, constitué uniquement par 5 tubercules du volume d'un grain de plomb n° 4 groupés sur une surface de la largeur d'une pièce de un centime. Lupus ayant débuté il y a 12 ans. Les tubercules commençaient à subir la résorption interstitielle et à se cicatriser même spontanément.

M. X..., 21 ans, étudiant, vient me consulter en 1885, à ma policlinique de l'hôpital Saint-Sauveur. C'est un jeune homme blond, de bonne santé apparente, mais un peu pâle et atteint de séborrhée du nez.

Son père serait mort phtisique. Sa mère est bien portante. Il est fils unique. Il a toujours été bien portant, sauf en ce qui concerne la lésion actuelle qu'il porte au centre de la joue droite et une pneumonie fibrineuse franche pour laquelle je l'ai soigné en 1885, et dont il a guéri d'ailleurs rapidement et complètement. Son lupus a débuté il y a un peu plus de 12 ans. Il n'a jamais été soigné. Le malade et son entourage n'y prêtaient d'ailleurs pas attention. Mais, depuis qu'il est étudiant, cette lésion l'ayant inquiété, il vient réclamer mes soins.

La lésion siège au centre de la joue droite. Elle est constituée par 5 tubercules lupeux groupés en cinq de dé à jouer sur une surface grande comme un centime. Ces tubercules ne dépassent pas le volume d'un grain de plomb n° 4. Trois de ces tubercules sont absolument caractéristiques, de couleur sucre d'orge, semi-transparents, de consistance gélatineuse. L'épiderme qui les recouvre est transparent et à peine exfolié.

Les 2 autres tubercules sont comme atrophiés, ratatinés au fond de deux cicatricules rappelant des cicatrices de variole assez profondes, et qui sont évidemment consécutives à la résorption interstitielle de ces tubercules. Ces petits nodules lupeux situés dans le fond de ces cicatrices profondes de 3 millimètres environ sur une largeur de 5 millimètres de diamètre, sont gros tout au plus comme des grains de plomb n° 9. Ils sont de couleur sucre d'orge, de con-

1. Il peut parfois cependant évoluer avec une certaine rapidité et constituer un véritable lupus galopant non exedens.

sistance gélatineuse, mais ils sont comme ratatinés, et ils sont recouverts d'une squame épidermique assez épaisse enchâssée dans le fond de la cicatricule.

Il est évident que ces cicatricules blanches sont consécutives à la résorption interstitielle de ces tubercules. Ceux-ci sont donc en pleine voie de guérison spontanée par résorption interstitielle. Notons que ce lupus n'a jamais été traité. Il n'existe aucun signe d'empâtement inflammatoire, d'œdème lymphangitique, de dermite autour de ce placard et même autour de chacun de ces 5 nodules lupeux. Le mal me paraît absolument localisé à ces nodules.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont sains.

Je détruis complètement en une seule séance ces 5 tubercules lupeux avec la pointe du galvano-cautère de Besnier. Les pansements ultérieurs consistent en des applications bi-quotidiennes de sparadrap de Vigo (cum Hg) et des attouchements quotidiens à l'éther iodoformé après lavage préalable avec la liqueur de Van Swieten.

Au bout de quinze jours, la cicatrisation est complète et j'obtiens une guérison absolue qui s'est maintenue absolue depuis cinq ans. Les cicatrices sont à peine appréciables actuellement (1887) et rappellent des cicatrices de variole.

L'état général du jeune homme est toujours excellent.

Tel est le lupus plan, dont les tubercules pourront, pendant toute la durée de l'évolution de cette forme du lupus, conserver leur aspect primitif, c'est-à-dire, demeurer enchâssés dans le derme, sans faire aucune saillie et dont l'accroissement se fera seulement, soit par l'extension (sous forme de tache d'huile) du tubercule primitif, soit par l'apparition de nouveaux tubercules au voisinage du lupôme primaire avec lequel ils ne tarderont pas à se fusionner plus ou moins.

Cette forme de lupus, suivant la disposition de ses lésions élémentaires, pourra affecter les aspects les plus variés (lupus agminé, lupus disséminé, nummulaire, linéaire, marginé, circiné, serpigineux, etc.). Il en est de même de la forme élevée dont nous allons maintenant aborder l'étude. Pour éviter les redites, nous dirons quelques mots des variétés secondaires dues à la disposition des éléments lupeux, après la description du lupus élevé.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 286 cas de lupus, j'ai observé 53 cas de lupus plan. Dans ces 53 cas le lupus plan était à l'état pur et ne coïncidait pas avec d'autres formes de lupus. Il était ainsi localisé :

Tête	Face	Front		= 2 fois.
		Paupière	supérieure gauche	= 5 fois.
			inférieure droite	= 2 fois.
			inférieure gauche	= 4 fois.
		Nez	aile droite	= 5 fois.
			aile gauche	= 2 fois.
			bout	= 7 fois.
			en totalité	= 3 fois.
			face dorsale	= 2 fois.

Tête	Face	Joue droite		centre	= 7 fois.
				entière	= 2 fois.
		Joue gauche		centre	= 3 fois.
				entière	=13 fois.
		Régions	naso-génienne	droite	= 2 fois.
				gauche	= 2 fois.
			zygomatique	droite	= 2 fois.
				gauche	= 2 fois.
			préauriculaire	droite	= 2 fois.
				gauche	= 1 fois.
		Lèvre		supérieure	= 2 fois.
				inférieure	= 2 fois.
	Oreilles				= 3 fois.
	Cuir chevelu				= 0 fois.
Cou	Régions	sous-maxillaire		droite	= 2 fois.
				gauche	= 2 fois.
		sterno-mastoïdienne		droite	= 3 fois.
				gauche	= 1 fois.
		sus-claviculaire		droite	= 1 fois.
				gauche	= 0 fois.
	Nuque				=13 fois.
Tronc	Face	antérieure			= 0 fois.
		postérieure			= 0 fois.
Membres supérieurs	Bras	droit			= 3 fois.
		gauche			= 1 fois.
	Avant-bras	droit			= 1 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Mains	droite		face dorsale	= 0 fois.
				face palmaire	= 0 fois.
		gauche		face dorsale	= 0 fois.
				face palmaire	= 0 fois.
Fesse	droite				= 0 fois.
	gauche				= 0 fois.
Membres inférieurs	Cuisse	droite			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Jambe	droite			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Pied	droit	face	dorsale	= 0 fois.
				palmaire	= 0 fois.
		gauche	face	dorsale	= 0 fois
				palmaire	= 0 fois.

On remarquera dans ce tableau que le lupus plan se rencontre le plus souvent au niveau de la tête et du cou. L'on remarquera son excessive rareté au tronc et aux membres supérieurs. On remarquera enfin son absence totale aux mains, aux fesses et aux membres inférieurs.

Cela ne tiendrait-il pas à ce que le lupus plan siégeant ailleurs qu'à la tête et au cou n'inquiète pas le malade au point de vue esthétique, tandis que celui de la face et du cou attire davantage son attention.

L'on sait d'ailleurs que le lupus des parties couvertes existe assez fréquemment, surtout dans ses variétés non exedentes, à l'insu des malades. Dans certains cas, ce ne sera donc probablement que lorsque le lupus sera, de plan devenu saillant, exedens, etc., que le malade s'inquiètera du « bouton » du tronc ou des membres auquel jusque-là il n'avait guère ou pas prêté attention, et qu'il se décidera à consulter le médecin.

Lupus élevé.

Le lupus élevé n'est qu'un dérivé de la forme plane. Il débute comme elle. Nous avons vu que le lupus plan peut parcourir toute son évolution sans changer d'aspect.

Le lupus élevé dont, avec E. Besnier, nous acceptons l'autonomie comme forme (au point de vue de la facilité de la description) présente un aspect particulier dû au volume et à la saillie de ses tubercules. D'ailleurs, de même que le lupus plan et que les autres variétés de lupus, le lupus saillant se présente en clinique sous les aspects les plus variés, les plus divers, qu'il est absolument impossible de décrire d'une façon synthétique.

Les nodules lupeux qui, dans la forme plane, étaient enchâssés dans le derme et ne faisaient pas de saillie appréciable, augmentent de *volume*. Ils deviennent gros comme un grain de plomb n° 3, n° 0, comme un pois et même davantage. Ils s'avancent ainsi vers la surface de la peau et finissent par devenir *saillants* et bien perceptibles au toucher.

Au début, ces tubercules apparaissent sous forme de petites bosselures, à peine ou très peu surélevées et souvent peu nombreuses.

Ces tubercules, ainsi devenus saillants, finissent, grâce à leur accroissement et à leur multiplication, par se rapprocher et se fusionner pour former des nodosités plus ou moins grosses.

La *forme* de ces tubercules est arrondie ou ovalaire, conique ou plate, mais leur base est toujours plus large que leur surface cutanée. Aussi affectent-ils souvent la forme d'un pois, et même d'une noisette coupée en deux et à base inférieure, se perdant dans une induration hypodermique plus ou moins diffuse. C'est le *lupus proeminens*, *tuberosus*, *tuberculosus*, *nodosus* de certains auteurs. (Voir Planche I, *figure* 1.)

Les grosses masses tuberculeuses proviennent parfois de la fusion de deux ou plusieurs tubercules voisins.

Les tubercules, en soulevant la peau, s'arrondissent, s'isolent en se développant et finissent par faire une saillie parfois très prononcée, surélevée de plusieurs millimètres et même de 1 centimètre et plus.

Jamais je n'ai vu ces tubercules se pédiculiser comme ceux de la lèpre.

Le nombre des tubercules s'accroissant, il se produit parfois des espèces de sillons qui séparent les tubercules lupeux; mais ceux-ci ne sont jamais aussi accentués que dans la lèpre.

Cette saillie moins grande, ces sillons moins profonds, cette absence de pédiculisation des tubercules lupeux comparés à ceux de la lèpre, me semblent tenir en partie à ce que les tubercules du lupus offrent une consistance plus molle que ceux de la lèpre.

Dans d'autres cas *les tubercules se réunissent* de manière à former des infiltrations, des indurations volumineuses, plus ou moins saillantes, de forme ronde ou irrégulière, aplaties ou noueuses, sphériques, rouges ou pâles, souvent jaunâtres, épaisses et d'aspect homogène, qui envahissent profondément le derme et peuvent même s'étendre jusque dans l'hypoderme. C'est à cette variété qu'il faut rattacher les *lupus turgescents* de divers dermatologistes et le *lupus tumidus* de Hebra et Kaposi. Ces lupus turgescents s'étendent avec une excessive lenteur; ils ne s'ulcèrent pour ainsi dire jamais; mais, en revanche, ils sont des plus rebelles, des plus résistants au traitement et récidivent avec une facilité inouïe. Cela tient sans doute à la profondeur et à la diffusion de l'infiltrat lupeux.

A cette variété s'en rattache une autre où le lupus est constitué par un disque ou un gâteau irrégulier très épais constitué par des tubercules entourés d'un tissu fortement induré, englobé parfois lui-même par une peau fortement congestionnée. Cette variété est également très rebelle, car il est difficile d'atteindre et de détruire les lupômes qui sont profonds et entourés d'un tissu dense. Elle se rapproche d'ailleurs du lupus demi-scléreux.

Enfin, dans certains cas, l'infiltrat est diffus, tellement diffus que ce n'est qu'au microscope que l'on peut reconnaître les nodules lupeux. Ces variétés de lupus sont très peu saillantes; elles sont constituées par une infiltration profonde et diffuse du derme. Elles présentent une très grande analogie objective avec le lupus érythémateux avec lequel elles sont confondues d'ordinaire. Nous les étudierons à propos des variétés atypiques du lupus vulgaire, dans le groupe auquel j'ai donné le nom, dans mes cliniques antérieures, de *lupus vulgaire érythématoïde*.

A la *palpation* les tubercules lupeux se présentent sous forme de nodosités de consistance rénitente, élastique, parfois un peu molle.

Cette consistance est en général (même à la palpation) plus molle que celle des tubercules de la syphilis et de la lèpre.

Il arrive assez souvent que les tubercules soient un peu déprimés à leur centre (E. Vidal) et un peu plus mous à ce niveau (Hébra et Kaposi).

Enfin, souvent, la palpation, la pression digitale perpendiculaire au derme (en frottant même légèrement celui-ci) permettent de constater la présence de

nodules lupeux profonds, dont la présence ne se révèle par aucune saillie, ni par aucun changement de coloration, et qui sont tellement profonds, ou tellement masqués par l'infiltration et l'hyperémie ou l'œdème lymphangitique que, sans la palpation, ils seraient passés inaperçus.

C'est ainsi que, soit par leur volume, soit par leur situation plus élevée, les lupômes forment, isolés ou réunis, des *plaques*, des nappes plus ou moins bosselées, plus ou moins saillantes, uniques ou multiples, de forme variable, régulières ou irrégulières, infiltrant plus ou moins profondément le derme et même l'hypoderme. Il faut aussi ne pas oublier que cette sensation d'infiltration, ainsi que la saillie du placard lupeux, sont encore exagérées par l'état hyperémique et œdémateux de la peau environnante (œdème lymphangitique), œdème et hyperémie qui forment souvent une zone, une sorte de halo autour du tubercule lupique ou du placard lupeux. Souvent l'on aperçoit dans cette zone des lupômes disséminés. Dans d'autres cas, au contraire, l'infiltrat lupeux se trouve disposé en cercle, et ce sera au centre de la plaque lupeuse que l'on verra les nodules lupeux les plus isolés.

Ces tubercules ou ces masses tuberculeuses présentent une *surface* irrégulièrement bosselée ou aplatie, mais en général lisse, comme huilée ou enduite avec de la laque, et recouverte par un épiderme tendu, brillant, vernissé.

Sous cet épiderme transparent, on voit souvent la surface du tubercule parcourue par des arborisations vasculaires délicates. J'ai parfois vu des arborisations vasculaires très prononcées exister à la surface d'infiltrats à peine saillants et un peu diffus.

La *couleur* de ces tubercules est tantôt d'un brun violacé, tantôt d'un rouge plus ou moins vif ou d'un rouge foncé, vineux ou violacé. Souvent aussi leur couleur est d'un rouge jaunâtre demi-transparent, sucre d'orge.

Ils présentent exceptionnellement la teinte brun rouge cuivré des tubercules syphilitiques.

Ils ne sont pas d'ordinaire absolument opaques, à moins d'être recouverts par une peau épaissie, hyperémiée.

En général ils sont d'une transparence demi-opaque et comme gélatineuse.

La coloration des tubercules varie beaucoup suivant l'état d'hyperémie plus ou moins prononcée, etc., de la peau où ils se développent.

D'ailleurs, ainsi que j'ai pu le constater depuis longtemps non-seulement en France, mais dans mes nombreux voyages à l'étranger, la coloration des tubercules varie également suivant les pays et suivant les sujets. Gros ou petit, le tubercule présente souvent la couleur de la région tégumentaire où il se développe, pâle et blâfard au visage si le sujet est anémique (ce qui arrive souvent) ; rouge et parfois bistre, si le sujet est vigoureux, sanguin et brûlé par le soleil.

Nous avons déjà vu que la congestion de voisinage, les lymphangites réticulaires viennent aussi modifier notablement l'aspect des tubercules. Il en est de même des lésions épidermiques de surface que nous étudierons tout à l'heure.

Ces tubercules présentent souvent une grande analogie objective avec les tubercules syphilitiques, et il est des cas où le diagnostic différentiel peut être des

plus difficiles, surtout si, comme cela arrive parfois, les lupômes prennent une disposition circinée, en corymbes, serpigineuse, comme certaines syphilides tuberculeuses.

Nous en reparlerons au chapitre Diagnostic.

D'ailleurs, suivant les points où ils se développent, les tubercules se montreront sous leur aspect et leur volume véritables. Cela arrive lorsque la peau sus-jacente est mince et surtout lorsqu'elle n'est pas épaissie.

Au contraire, lorsqu'ils soulèvent une peau épaissie, hyperémiée, et qu'ils présentent alors une coloration d'un rouge vif et vineux, ils formeront des boutons, des saillies, des plaques noueuses rappelant parfois de très près au visage certaines variétés d'acné rosée à la période papuleuse ou tubéreuse, ou même l'acné indurata, et cela d'autant plus qu'il existe fréquemment à la surface de ces tubercules et dans leur voisinage des arborisations vasculaires télangiectasiques. (Voir Planche I, *Figure* 1 et Planche VII.)

Il y a quelques années se trouvait dans mon service un des plus beaux exemples de *lupus élevé simulant l'acné rosée* (tubéreuse et hypertrophique) que j'ai vu depuis 15 ans. Le diagnostic dans ce cas était tellement difficile que plusieurs médecins instruits ont considéré ce malade comme atteint de couperose et l'ont traité comme tel.

Dans d'autres cas, les éléments du lupus assez petits, séparés, épars, disséminés un par un, isolés, et rares rappellent les lésions de l'acné. Ils constituent alors une variété de lupus que E. Besnier a décrite sous le nom de lupus acnéiforme, variété rare et d'un diagnostic difficile.

Dans certains cas, les lésions épidermiques qui se produisent à la surface de ces tubercules disséminés et isolés produisent des croûtes qui rappellent celles de l'impétigo.

J'ai observé il y a deux ans un exemple remarquable de lupus acnéiforme. Chez la jeune fille qui fait l'objet de cette observation, les éléments disséminés et isolés sur la face présentaient pour la plupart une apparence acnéique ; un petit nombre d'entre eux étaient recouverts de croûtes d'aspect impétigineux. La jeune fille avait été soignée tour à tour par un grand nombre de médecins, soit pour de l'acné de la face, soit pour de l'impétigo. Ce qui venait rendre le diagnostic encore plus difficile, c'est que le nez de la jeune fille (lequel était absolument indemne de lupus) présentait de nombreux comédons et un état séborrhéique accentué, et que des lésions d'acné polymorphe couvraient le dos et la poitrine de cette jeune demoiselle.

Enfin, lorsque l'hypoderme se trouve infiltré par des nodosités lupeuses, lorsque surtout les œdèmes lymphangitiques et les poussées lymphangitiques subaiguës ou chroniques ont amené un *état pachydermique* rappelant l'éléphantiasis des Arabes, on voit la peau épaissie, indurée, adhérente, masquer pour ainsi dire les lupômes. Dans ces cas j'ai vu souvent le lupus de la face et des membres présenter une grande analogie avec la lèpre systématisée tégumentaire.

Cette analogie est tellement grande que j'ai vu plusieurs fois, en pays lépreux,

des sujets atteints de lupus de la face, envoyés dans les léproseries et être considérés comme atteints de la lèpre par les médecins de ces léproseries. (Voir mon *Traité de la Lèpre.*)

Il est des cas où ce léontiasis lupeux donne à la face un aspect extraordinaire, rappelant avec ses traits défigurés, ses joues bouffies et pendantes, ses oreilles tuméfiées, ses lèvres énormes et parfois renversées, ses paupières hypertrophiées et menaçant le globe oculaire, le léontiasis lépreux de la lèpre systématisée tégumentaire. (Voir PLANCHE I, *Figure* 2.)

Aux membres inférieurs, la déformation éléphantiasique est parfois monstrueuse et rappelle de très près les déformations pachydermiques analogues observées dans la lèpre.

Des déformations semblables pourraient aussi s'observer au niveau des organes génitaux de l'homme et de la femme (Hardy, Lailler).

Nous aurons à revenir plus loin sur ces altérations pachydermiques, quand nous parlerons du siège et des complications du lupôme.

Ces altérations éléphantiasiques donnent lieu à des sous-variétés d'aspect variable, qui ont été désignées par différents auteurs sous le nom de *lupus œdémateux*, *hypertrophique*, *éléphantiasique*.

La *Figure* 3 de la PLANCHE II et la *Figure* 1 de la PLANCHE VI montrent quelles déformations peuvent subir les oreilles des lupeux atteints de lupus hypertrophique de cette région.

Elles montrent aussi que cette hypertrophie des oreilles dans le lupus amène plutôt un accolement du lobule ou du pavillon hypertrophié au cou. L'oreille du lupeux n'est jamais aussi indépendante, détachable dans son hypertrophie que celle du lépreux. En outre, elle n'est pas lobulée, pleine de nodosités (rappelant le sac de noix ou de plomb) dure et sèche comme celle du lépreux. Elle est au contraire mollasse par infiltration diffuse avec œdème lymphangitique.

Cette figure 3 de la Planche II représente un côté de la face d'un lupeux que j'ai observé il y a quelques années à ma policlinique de Saint-Sauveur. Ce malade était, en outre, remarquable par l'apparition de tubercules lupeux autour de cicatrices d'anciennes gommes scrofuleuses et par l'aspect particulier (en vésicatoire) que présentait l'ulcération d'une partie de son lupus hypertrophique.

J'ai parlé plus haut de la *sensibilité* et de la *température* locale des tubercules lupeux ; je n'y reviens que pour répéter que, même étendus, saillants, constituant de vastes placards, les lupômes sont presque indolores.

Je n'ai pas non plus à revenir sur la *consistance* des lupômes, lorsqu'on les examine au moyen du scarificateur ou de la curette. Ce que j'ai dit à propos du lupus plan est entièrement applicable au lupus élevé et au lupus en voie de régression, sauf au lupus sclérosé.

Les auteurs sont muets sur les *troubles de sécrétion des glandes de la peau* au niveau des tubercules lupeux. Il en existe cependant assez souvent.

Il n'est pas rare, au début tout au moins, d'observer un certain degré de séborrhée huileuse et parfois même un peu concrète au niveau de la peau qui avoi-

sine les tubercules lupeux. Dans d'autres cas, et à des périodes d'ordinaire plus tardives, la fonction sébacée paraît supprimée au niveau des tubercules.

E. Besnier et E. Vidal ont avec raison attiré l'attention sur la fréquence des corpuscules de milium au niveau des tubercules lupeux. Le fait me paraît présenter une importance clinique notable, car je ne me souviens pas avoir vu des corpuscules de milium au niveau des tubercules de la lèpre, et Besnier fait remarquer avec raison qu'on ne les observe guère au niveau des syphilides. Il y aurait donc lieu de tenir compte de cette constatation dans le diagnostic différentiel de ces différentes affections.

Les poils ne tombent jamais au niveau des tubercules lupeux avec la même abondance et la même rapidité qu'au niveau des tubercules lépreux.

Toutefois, lorsque les lupômes durent depuis un certain temps (même avant que les tubercules soient arrivés à leur période de régression), les poils peuvent tomber plus ou moins à leur niveau. D'ordinaire cependant, ils persistent très longtemps, jusqu'aux périodes de régression du lupôme.

Quant à la sécrétion sudorale, voici ce que nous dit à cet égard Aubert de Lyon (*Annales de Dermatologie* 1878), dans un travail sur les modifications de la sueur dans les maladies de la peau : « L'envahissement de la peau par la néoformation supprime peu à peu tous les éléments glandulaires, çà et là quelques glandes encore préservées présentent de l'hypersécrétion. » Mes recherches en ce sens confirment absolument celles de M. Aubert, de Lyon.

On conçoit quelles variétés infinies d'aspect et de sous-variétés peuvent déterminer le volume, la couleur, la disposition, etc., etc., des tubercules du lupus élevé.

Il serait donc fastidieux de spécifier les dénominations nombreuses par lesquelles on a désigné ces sous-variétés.

Les lupômes peuvent demeurer isolés, solitaires.

Lorsque les tubercules lupeux se groupent, on leur a donné le nom de *lupus agminé* (Besnier) ou *en placards* ou encore de *lupus nummulaire*, *ovalaire* (Lailler) ; lorsqu'ils affectent des dispositions figurées, ils donnent lieu aux sous-variétés désignées par différents auteurs sous le nom de *lupus marginé*, *excentrique*, *linéaire*, *en corymbes*, *circiné*, *annulaire*, *serpigineux*. Dans ces différents cas, les foyers lupeux peuvent être isolés ou disséminés.

Une sous-variété importante est le lupus serpigineux.

Le *lupus serpigineux non exedens* (une des variétés du lupus herpétiforme de Devergie) est une affection terrible par l'extension qu'il peut prendre, sa longue durée, sa résistance au traitement, ses récidives, malgré la bénignité relative de son aspect, au début tout au moins. Bien que n'ulcérant pas la peau dans sa marche extensive et envahissante qui détruit les tissus par résorption interstitielle, il peut parfois produire des désordres affreux sur lesquels a avec raison insisté Devergie.

Ce lupus atteint aussi souvent les membres que la face. Il est fréquemment multiple.

Le lupus serpigineux non exedens peut être plan ou saillant. La variété plane est aussi redoutable que la variété saillante, bien que paraissant peut-être évoluer plus lentement que celle-ci et envahir moins vite de vastes surfaces tégumentaires. Elle est surtout redoutable par sa ténacité et ses récidives.

Nous pouvons après ce que nous avons dit plus haut, pour éviter toute redite, décrire simultanément le lupus vulgaire serpigineux saillant et le lupus vulgaire serpigineux plan sous le nom de lupus tuberculeux serpigineux non exedens.

D'ailleurs, le plus souvent, lupus saillant et lupus plan se trouvent mélangés sur la même bande de lupus serpigineux. L'on trouve même souvent en plusieurs points des îlots de lupus exedens et même parfois quelques îlots de lupus scléreux.

Ce qui caractérise le lupus serpigineux non exedens, c'est la marche extensive, centrifuge des lupômes qui le constituent. Le centre du placard lupeux se cicatrisant, on voit le lupus serpigineux s'étendre par une sorte d'avant-garde de tubercules, disposés en général en bandes plus ou moins circulaires. Les bords de ce lupus sont donc disposés suivant des lignes courbes plus ou moins régulières, continues ou interrompues parfois. C'est par ces lignes tuberculeuses que le lupus s'étend, laissant derrière lui une cicatrice souvent irrégulière, blanche et plissée, souvent comme couturée, souple en un point, indurée dans un autre, comme l'avait bien remarqué Devergie. (Voir PLANCHE IV, *Figure* 1 et PLANCHE V, *Figure* 2.)

A mesure que la maladie s'étend, la bande ou crête tuberculeuse d'envahissement devient en général de plus en plus minime, pour se rompre en quelques points, comme nous venons de le voir. Les tubercules lupeux disparaissent donc d'un côté, par résorption interstitielle, pour gagner de l'autre côté de nouveaux territoires tégumentaires.

Il semblerait que le bacille de la tuberculose abandonne le territoire cutané primitivement envahi, où il ne laisse plus comme trace de son passage qu'une cicatrice, pour chercher dans la peau saine ambiante un terrain de culture nouveau. (H. Leloir. — *Leçons sur les Lésions élémentaires de la peau*. Loc. cit.)

C'est par le processus de la résorption interstitielle, très exceptionnellement de la sclérose, que se font la disparition des tubercules et le processus de cicatrisation, derrière la bande d'envahissement.

Les phénomènes qui se produisent ainsi au niveau des tubercules lupeux sont décrits tout au long aux sous-chapitres de la régression des tubercules lupeux intitulés « résorption interstitielle, sclérose (lupus sclérosé) ».

Lorsqu'il existe plusieurs centres lupeux séparés, leur extension progressive finit souvent par amener leur fusion.

Le lupus serpigineux non exedens peut envahir ainsi de proche en proche des territoires tégumentaires très étendus et ravager peu à peu en l'espace de quelques années toute une partie de la face, voire même toute la face, y compris le cou, les oreilles.

Il peut labourer presque toute l'étendue de la peau du tronc, des membres,

des fesses, etc., etc., comme on peut le constater sur les Figures et Planches de ce livre. (Voir PLANCHE V, *Figure* 4.)

Il y a environ un an, se trouvait dans mon service le nommé F. D.., âgé de 52 ans, chez lequel un lupus serpigineux disséminé (qui aurait, d'après le malade, débuté à

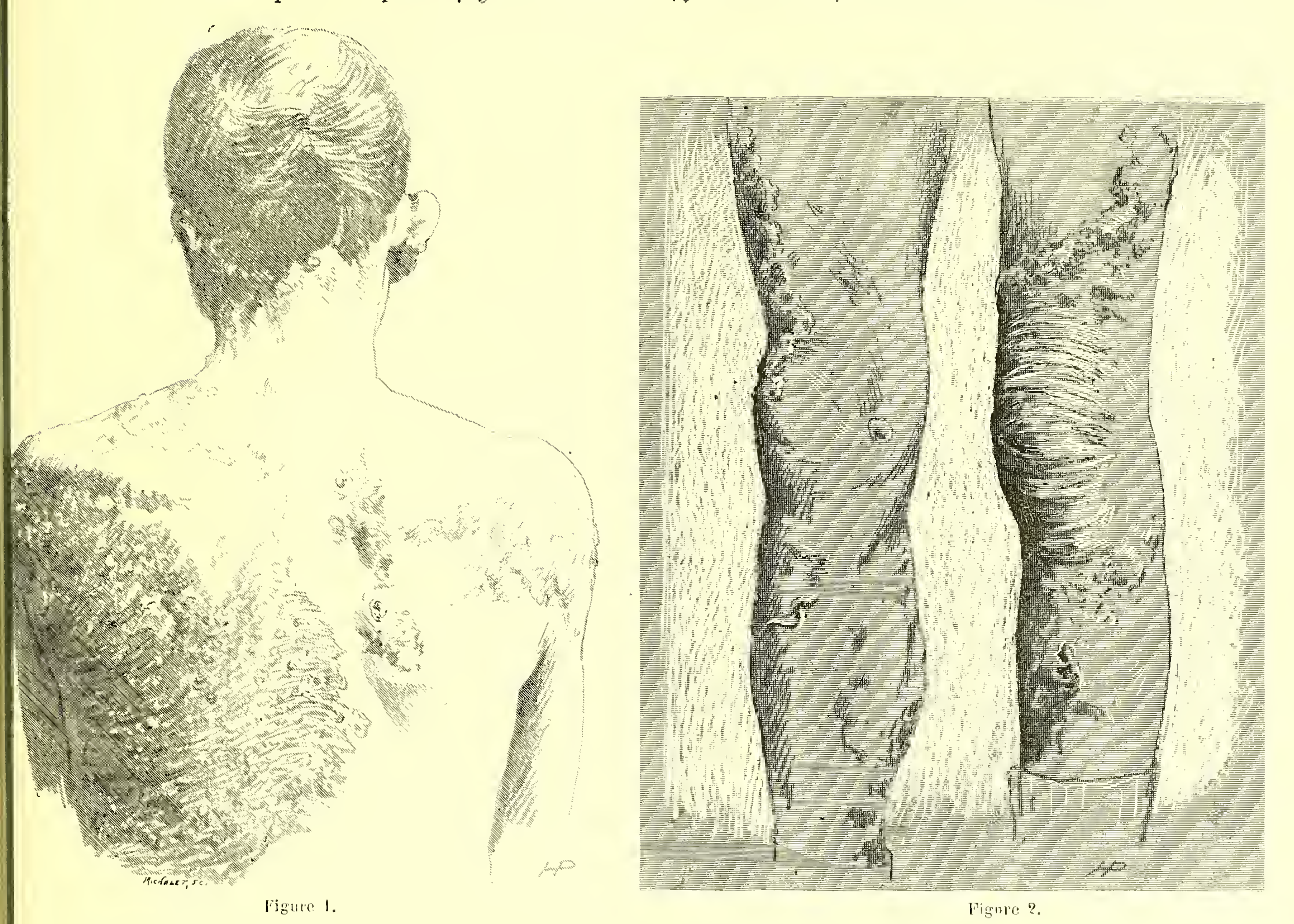


Figure 1. Figure 2.

l'âge de 32 ans, par un petit bouton situé près de l'angle de la mâchoire à gauche), avait ravagé la peau de la façon la plus épouvantable.

Chez ce malheureux, toute la peau de la face, des oreilles, de la nuque, voire même d'une partie du cuir chevelu, du cou, de la région thoracique antérieure avait été labourée par un lupus non exedens serpigineux encore en voie d'évolution laissant à sa suite des cicatrices bridées, affreuses, empêchant tout mouvement d'extension et de latéralité de la tête. Les 3/4 de la peau du dos et des fesses, presque toute l'étendue des cuisses et la moitié des jambes étaient labourées par ce lupus serpigineux non exedens psoriasiforme. (Voir *figures* 1 et 2.)

Sur les membres supérieurs, il existait de vastes placards en voie d'évolution de lupus serpigineux.

Malgré l'ancienneté des lésions, les organes génitaux et les muqueuses étaient intacts. Chose remarquable enfin, la santé générale était à peine altérée, et le malade ne présentait aucun signe d'altération tuberculeuse du poumon et des autres viscères, malgré une généralisation presque complète à la peau, d'une scrofulo-tuberculose aussi ancienne.

J'ajoute que l'examen histologique, bactériologique, les inoculations expérimentales, démontrèrent d'une façon absolue la nature scrofulo-tuberculeuse des lésions dont était atteint ce sujet.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 286 cas de lupus, j'ai observé 25 cas de lupus saillant. Dans ces cas, le lupus saillant était à l'état pur et ne coïncidait pas avec d'autres formes de lupus. Les placards étaient ainsi localisés :

Tête	Face	Front			= 7 fois.
		Sourcil	gauche		= 5 fois.
			droit		= 5 fois.
		Paupière	supérieure	droite	= 5 fois.
				gauche	= 5 fois.
			inférieure	droite	= 5 fois.
				gauche	= 5 fois.
		Nez	aile droite		= 19 fois.
			aile gauche		= 7 fois.
			bout		= 3 fois.
			en totalité		= 8 fois.
		Régions	zygomatique	gauche	= 2 fois.
				droite	= 7 fois.
			naso-génienne	gauche	= 8 fois.
				droite	= 3 fois.
		Lèvre	supérieure		= 5 fois.
			inférieure		= 5 fois.
		Menton			= 5 fois.
	Oreilles	droite			= 5 fois.
		gauche			= 9 fois.
	Cuir chevelu				= 2 fois.
Cou	Région sous-maxillaire	droite			= 4 fois.
		gauche			= 4 fois.
	Région sterno-mastoïdienne	droite			= 5 fois.
		gauche			= 8 fois.
	Région sus-claviculaire	droite			= 5 fois.
		gauche			= 4 fois.
	Nuque				= 6 fois.

Tronc	Région du grand pectoral			= 5 fois.
	Dos			= 2 fois.
Membres supérieurs	Bras	droit		= 2 fois.
		gauche		= 3 fois.
	Avant-bras	droit		= 3 fois.
		gauche		= 1 fois.
	Main droite		face dorsale	= 2 fois.
			face palmaire	= 2 fois.
	Main gauche		face dorsale	= 1 fois.
			face palmaire	= 1 fois.
Fesse	droite			= 2 fois.
	gauche			= 3 fois.
Membres inférieurs	Cuisse	droite		= 3 fois.
		gauche		= 2 fois.
	Jambe	droite		= 2 fois.
		gauche		= 2 fois.
	Pied	droit	face dorsale	= 0 fois.
			face plantaire	= 0 fois.
		gauche	face dorsale	= 0 fois.
			face plantaire	= 0 fois.

B. Symptomatologie du Lupus du tégument externe à sa période de régression ou de dégénérescence.

Arrivés à un certain âge, à un certain degré de développement, les tubercules lupeux, après avoir persisté dans cet état pendant un temps plus ou moins long, pendant plusieurs semaines, pendant des mois en général, et même parfois pendant des années, subissent une métamorphose régressive, laquelle peut se faire de trois manières.

Tantôt le lupôme disparaît sans qu'il se produise la moindre ulcération, par résorption interstitielle (lupus non exedens); tantôt il disparaît par ulcération (lupus exedens); tantôt enfin il disparaît par sclérose (lupus sclérosé).

a. — Résorption interstitielle.

Comme cette résorption interstitielle est toujours accompagnée et souvent précédée de lésions épidermiques de surface, en relation avec les troubles de nutrition, la dégénérescence et les troubles vasculaires, etc., qui se produisent au niveau du tubercule et dans son voisinage, nous devons dire quelques mots de ces altérations épidermiques secondaires qui se produisent à la surface des lupômes.

Elles appartiennent aux complications de surface et contribuent à donner aux tubercules lupeux les apparences les plus variées.

La résorption interstitielle peut atteindre également les nodules du lupus plan et ceux du lupus élevé. Elle est surtout nette et remarquable quand il s'agit de tubercules de cette dernière variété.

Le tubercule lupeux, de tendu, ferme et résistant qu'il était, devient flasque, se flétrit, s'affaisse, il se fond, se résorbe en quelque sorte, et par suite de la résorption partielle de ses éléments devenus granulo-graisseux, prend parfois un aspect ombiliqué.

Le nodule diminue progressivement de haut en bas, et en quelques semaines, en plusieurs mois, finit par s'affaisser assez profondément au-dessous du niveau de la peau, puis par disparaître complètement. Il laisse à sa suite une cicatrice d'ordinaire ronde, aplatie, lisse, un peu déprimée, brunâtre, devenant souvent blanchâtre ou même achromique avec le temps, comme enfoncée dans la peau qui est atrophiée à ce niveau.

La résorption interstitielle peut atteindre seulement quelques tubercules, ou tous les tubercules d'un même placard, soit successivement, soit simultanément.

Dans d'autres cas, la résorption interstitielle et la desquamation qui l'accompagne ne se produisent qu'au centre du nodule ou du placard lupeux, dont le pourtour conserve l'aspect luisant, tendu, plus ou moins saillant qu'il avait à sa première période.

La cicatrice consécutive à la résorption interstitielle du tubercule lupeux peut, dans certains cas, devenir chéloïdienne (vasculaire ou non).

Dans d'autres cas, elle peut devenir le centre de nouveaux tubercules, qui se groupent autour d'elle comme une couronne ou un anneau plus ou moins complet.

C'est ainsi encore que peuvent se produire des lupus plans ou élevés à disposition circinée et suivant une marche serpigineuse. Ces tubercules nouveaux pourront d'ailleurs s'ulcérer.

Lorsqu'il s'agit d'un placard lupeux plus ou moins disposé en nappe, en galette, on peut observer des phénomènes analogues.

La desquamation augmente à la surface de la plaque (1) et finalement les lupômes se résorbent sans ulcération, laissant à leur suite une cicatrice assez superficielle, de la grandeur de la plaque, au niveau de laquelle la peau est comme flétrie. Les cicatrices présentent parfois un fond jaune gris ou blanc parsemé de points plus clairs, plus brunâtres, ou plus blanchâtres et plus déprimés.

Dans d'autres cas, la cicatrice est uniformément blanche, plus ou moins lisse, et plus ou moins déprimée (2).

Nous avons vu que, lorsque le lupôme commence à se flétrir pour se résor-

(1). J'ai observé parfois que c'est après des phénomènes inflammatoires rappelant une poussée de lymphangite localisée que le lupôme se résorbe.

(2). Remarquons que les régions abandonnées par le lupôme, de même que les tubercules permanents, sont souvent le point de départ de nouveaux tubercules.

ber, l'épiderme qui le recouvre et qui était autrefois tendu, subit une série d'altérations que nous allons étudier maintenant. Celles-ci sont importantes, car non seulement elles donnent au lupôme un aspect spécial, variable suivant les cas, mais souvent l'altération épidermique annonce que le lupôme va se résorber; elle précède la résorption interstitielle (1).

L'épiderme mince, tendu, vernissé, d'apparence pelure d'oignon qui recouvre les tubercules, s'affaisse, se plisse, se fendille légèrement et rappelle ainsi certaines variétés d'eczéma lisse, pelure d'oignon en train de se craqueler.

Ainsi se fait une desquamation mince, blanche, sèche, lamelleuse, pityriasiforme à la surface des tubercules. Hebra a donné à l'ensemble du processus précédent (desquamation, résorption), qui aboutit à la disparition du tubercule, le nom de *lupus exfoliatif*.

Parfois, cette desquamation est tellement abondante, brillante, pailletée, sèche, qu'elle simule le psoriasis. Il en est, on le voit, du lupôme comme du syphilôme et du léprôme, la desquamation qui se produit à leur surface peut parfois prendre un aspect psoriasiforme (c'est là une des variétés du lupus psoriasiforme de certains auteurs).

Mais, de même que pour la lèpre systématisée tégumentaire psoriasiforme et que pour les syphilides psoriasiformes, la palpation en faisant percevoir le néoplasme, permettra d'éviter l'erreur de diagnostic. Dans les cas difficiles, comme dans le cas de lupus plan psoriasiforme, la recherche attentive des cicatrices pourra être d'un grand secours, comme nous l'avons dit plus haut.

Il arrive parfois que la desquamation lamelleuse consécutive au fendillement de l'épiderme lisse qui recouvrait le tubercule lupeux s'accompagne d'un léger degré d'exsudation au niveau de l'épiderme malade, comme nous le verrons d'ailleurs à propos de l'anatomie pathologique. Dans ces cas, la desquamation rappelle celle de l'eczéma lichénoïde (lupus squameux, lupus eczématiforme).

Il peut même se faire que l'exsudation soit encore plus abondante. Il se produit, à la surface du tubercule lupeux, des vésiculettes, des vésicules, des vésico-pustules, des pustules et même des phlyctènules qui ne tardent pas à se dessécher.

Ainsi se forment les croûtes plus ou moins épaisses, jaunâtres et d'aspec impétigineux (lupus impétigineux) ou verdâtres et un peu ostracées (lupus croûteux) qui recouvrent parfois les tubercules et qui donnent au lupus un aspect qui a été désigné par divers auteurs sous le nom de lupus eczématiforme, impétigineux, croûteux, etc... Mais la formation de croûtes indique déjà que le lupôme est en train de s'ulcérer comme on peut facilement s'en convaincre, en les enlevant ou en les faisant tomber avec des cataplasmes. Nous y reviendrons plus loin à propos du lupus exedens, car tout lupus croûteux est fatalement un lupus ulcéreux.

1. Il est à noter que dans presque toutes les dermatoses ayant pour lésion élémentaire un tubercule : lupus, lèpre, syphilide tuberculeuse, la desquamation épidermique, lorsqu'elle s'accentue, annonce souvent une tendance à la résorption interstitielle du tubercule. Exemples : lupus non exedens à la phase de résorption interstitielle, syphilide tuberculeuse sèche, lèpre systématisée tégumentaire à la période de résorption interstitielle.

Remarquons toutefois, dès maintenant, qu'un examen suivi et attentif permettra souvent de constater que la formation de ces vésicules, pustulettes et phlycténules, a été précédée de poussées congestives ou lymphangitiques (souvent très légères et très localisées, il est vrai) du côté du lupôme ou des tissus qui l'englobent.

Nous aurons d'ailleurs à insister plus tard sur l'importance de ces poussées congestives et lymphangitiques.

b. — Sclérose du Lupus. — Lupus sclérosé.

Il en est du lupôme, comme de tous les autres tuberculomes, comme de ceux de la tuberculose pulmonaire par exemple (ainsi que l'ont si bien montré pour cette dernière affection les remarquables travaux de Charcot, Grancher, Cornil), il peut subir la dégénérescence fibreuse.

On sait d'ailleurs, et j'y ai insisté dans mes leçons sur les lésions élémentaires de la peau et dans mon *Traité de la Lèpre*, que la plupart des affections cutanées constituées par la lésion élémentaire « tubercule », la syphilide tuberculeuse, la lèpre systématisée tégumentaire, peuvent guérir par métamorphose fibreuse. Il en est de même du lupus.

Il faut, dans l'évolution fibreuse du tubercule lupeux, distinguer deux cas bien distincts :

1° *Dans un premier cas, la sclérose ou mieux la tendance à la sclérose, est un des caractères de l'évolution du lupus.*

Dans ce cas, la transformation fibreuse n'est jamais totale, soit qu'elle respecte un certain nombre des tubercules lupeux, ou des follicules lupeux, qui constituent par leur réunion le tubercule lupeux comme nous le verrons à propos de l'anatomie pathologique; soit qu'elle n'amène que la sclérose partielle des lupômes ou des follicules lupeux.

Dans ce cas, les lupômes, bien que leur virulence soit diminuée, possèdent néanmoins une virulence suffisante pour continuer à évoluer et à pulluler par infection de voisinage. Ils sont encore infectieux, virulents, ainsi que je l'ai montré dans mon mémoire sur les lupus atypiques, lu en 1888 au Congrès de la tuberculose, et ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Il s'agit bien ici, en effet, d'une variété atypique du lupus, caractérisée par ce fait que les lupômes qui le constituent, ont de la tendance à se scléroser en plus ou moins grand nombre.

Cette évolution particulière de lupôme imprime au lupus, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, un cachet particulier que nous étudierons tout à l'heure, à propos des variétés de lupus que j'ai décrites en 1888, sous le nom de lupus atypiques.

C'est à cette variété de lupus atypique que j'ai donné le nom de lupus scléreux, dans le travail que j'ai publié sur ce sujet en collaboration avec E. Vidal (Leloir et Vidal. Comptes-rendus de la Société de Biologie, novembre 1882). Dans ce travail, E. Vidal et moi, nous avons les premiers spécifié les caractères anatomiques et cliniques de cette variété de lupus. Nous l'étudierons plus loin.

Nous verrons tout à l'heure que ce lupus scléreux peut être primitif ou secondaire, suivant qu'il succède au lupus vulgaire ou qu'il présente dès son début son cachet particulier.

Mais, je le répète, ce lupus est une variété évolutive spéciale du lupus vulgaire (elle peut durer 15 ans, 20 ans, et plus), et non un processus de terminaison et de guérison.

2° *Tout autre est la dégénérescence fibreuse du lupus vulgaire ou lupus sclérosé* que je vais étudier rapidement maintenant. *Celui-ci ne constitue pas à proprement parler une variété de lupus. C'est un mode de terminaison : c'est la guérison par métamorphose fibreuse.* Voilà pourquoi je l'appelle lupus sclérosé. (H. Leloir. — Le lupus sclérosé et le lupus scléreux. — Études cliniques et expérimentales sur la tuberculose, 1890.)

En un mot, c'est un processus terminal comparable à la résorption interstitielle ou à l'ulcération.

Au lieu d'évoluer vers la résorption interstitielle, par suite de la dégénérescence granulo-graisseuse des éléments, le lupus se sclérose en partie, puis totalement, et c'est par la dégénérescence fibreuse que s'arrête la marche du Lupus. Ce mode de guérison du tubercule lupeux par sclérose est très rare. Je ne l'ai pas trouvé signalé dans les auteurs.

Et cependant, bien que rare, le Lupus sclérosé peut s'observer parfois comme mode de guérison de quelques tubercules lupeux ou de tous les tubercules lupeux d'un placard lupeux plus ou moins grand.

J'en ai observé plusieurs exemples des plus démonstratifs. Dans les faits que j'ai observés, ces lupus sclérosés, la sclérose du lupus étaient l'aboutissant, le processus terminal curatif du lupus non exedens, dans 8 cas de lupus plan et dans 15 cas de lupus saillant.

Ce qui montre bien que le lupus sclérosé ne présente aucun rapport avec le lupus scléreux, qu'il est bien un mode de terminaison et de guérison, et non une variété anatomique évolutive, c'est le résultat des inoculations que j'ai entreprises il y a longtemps déjà. Toutes les inoculations que j'ai faites avec de nombreuses parcelles de ces lupus sclérosés ont été négatives. Il n'en était pas de même, quand j'inoculais du lupus scléreux. Dans ces cas, mes inoculations me donnaient des résultats positifs. La différence est donc absolue.

Le lupus scléreux est une variété de lupus, par conséquent de tuberculose cutanée en voie d'évolution . Il est virulent; il renferme des bacilles (comme je l'ai montré en 1888); la sclérose n'y est pas complète, soit que tous les lupômes ne soient pas sclérosés, soit que la sclérose y soit incomplète. Il peut se transfor-

mer de nouveau en partie ou en totalité en lupus vulgaire vrai. Il peut durer 10, 15 ans et plus, si l'on n'intervient pas.

Au contraire, le lupus sclérosé (dégénérescence fibreuse du lupus vulgaire) n'est pas inoculable, il ne renferme pas de bacilles; la sclérose y est complète, il ne se transforme pas en lupus vulgaire (1). Une fois la sclérose faite, le lupus est guéri.

En un mot, c'est un nodule cicatriciel, une cicatrice aussi stérilisée que celle que l'on pourrait obtenir après le traitement local le mieux conduit.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer qu'il ne faut pas confondre cette transformation fibreuse du lupus sclérosé avec la formation fibreuse cicatricielle consécutive aux lupômes ulcérés. Dans le premier cas, il n'y a pas d'ulcération; la cicatrice se fait par un processus interstitiel. Dans le second cas, la cicatrice succède à l'ulcère.

Voici comment les choses se passent, d'après les cas dont j'ai pu suivre attentivement l'évolution clinique, évolution éclaircie encore par la biopsie (examen histologique, inoculations expérimentales.) La dégénérescence fibreuse peut s'observer aussi bien dans le cas de lupus plan que dans le cas de lupus élevé. Elle appartient en propre au lupus non exedens (2).

Je n'ai pas constaté que certaines régions du corps y fussent prédisposées, je l'ai observée à la face, sur le cou, sur les membres. Dans 23 cas que j'ai étudiés, les lésions lupeuses étaient ainsi distribuées :

Dans 10 cas le lupus siégeait à la face;

Dans 6 cas le lupus siégeait à la face et au cou;

Dans 4 cas le lupus siégeait sur les membres supérieurs;

Dans 2 cas le lupus siégeait à la fesse;

Dans 1 cas le lupus siégeait sur le dos du pied.

On observe généralement les phénomènes suivants au niveau du tubercule lupeux qui subit la dégénérescence fibreuse. En même temps que le tubercule lupeux devient plus dur, il tend à diminuer de volume. Au début, il prend une teinte plus livide, ou plus violacée ou souvent une couleur violacée tirant plus ou moins sur le bistre. Plus tard, lorsque le lupôme sera complètement sclérosé et guéri, cette couleur pourra devenir celle de la peau normale, ou plutôt d'une cicatrice plus ou moins blanche, parfois un peu grisâtre ou bistrée, souvent nacrée.

Mais le phénomène majeur, constant, c'est, avec l'augmentation de consistance du tubercule, sa diminution de volume, son ratatinement en quelque sorte. Le lupôme ainsi sclérosé tend à s'affaisser, à s'aplatir, on dirait qu'il se fait en

1. A moins qu'il n'y ait récidive, ce qui peut aussi bien s'observer au niveau de cette variété de cicatrice spontanée qu'au niveau des cicatrices obtenues artificiellement au moyen des agents thérapeutiques.

2. Je n'ai observé qu'une seule exception à cette règle, et encore le lupus (vaste placard lupeux de la fesse) n'était-il ulcéré qu'en un petit nombre de points. Dans ce cas les tubercules saillants seuls subirent la dégénérescence fibreuse et guérirent. Les tubercules ulcérés guérirent aussi. Il semblerait même que leur guérison ait été hâtée par le processus scléreux curateur. Après la guérison, la cicatrice présentait un aspect particulier : saillante, mamelonnée, un peu chéloïdienne, là où il y avait eu guérison par sclérose des tubercules lupeux, elle était au contraire déprimée, irrégulière, là où la cicatrice était consécutive aux ulcérations des tubercules.

lui une sorte de rétraction cicatricielle. Il se transforme en un nodule fibreux un peu saillant.

Jamais je n'ai vu prendre aux lupômes ainsi guéris par dégénérescence fibreuse, l'aspect papillomateux si caractéristique que E. Vidal et moi avons décrit à propos du lupus scléreux. Toutefois, surtout lorsque le tubercule lupeux primitif était saillant, le nodule fibreux qui lui succède présente assez souvent un aspect mamelonné.

Si l'on incise ces nodules fibreux, le bistouri a beaucoup de peine à les pénétrer; ils crient à la section, en un mot ils présentent sous le couteau (et sous le microscope) tous les caractères d'une cicatrice nodulaire.

En même temps que le tubercule lupeux devient fibreux, on constate assez souvent une légère exfoliation de l'épiderme à son niveau. La peau s'atrophie au niveau de ces nodules fibreux auxquels elle adhère; elle devient plus pâle, parfois d'un blanc nacré au centre.

Bien que diminuée, même après guérison complète, l'induration fibreuse persiste comme vestige de la transformation du lupôme. Cette induration peut ainsi durer très longtemps, presque indéfiniment sans subir d'autres modifications.

Parfois, au bout d'un temps en général assez long (plusieurs mois et même beaucoup plus,) ces nodules fibreux, ces cicatrices par dégénérescence fibreuse interstitielle deviennent chéloïdiennes (chéloïdiennes vasculaires ou non). Chez un de mes malades, tous les tubercules cicatrisés devinrent au bout de quelques mois fortement chéloïdiens.

J'ai observé cette dégénérescence fibreuse aussi bien au niveau des lupômes isolés et disséminés que des lupômes infiltrés en placards. Elle peut atteindre tous les tubercules lupiques dont le malade est porteur.

Dans deux cas de lupus disséminé, j'ai vu au contraire un nombre plus ou moins grand de tubercules lupeux isolés ou même de placards lupeux isolés, subir la sclérose complète, alors que d'autres tubercules ou placards lupeux plus ou moins éloignés de ceux-ci, continuaient à suivre leur évolution ordinaire.

Mais, ce que ce processus présente de particulier, c'est que les lupômes une fois sclérosés, la guérison est complète, qu'il s'agisse de tubercules isolés ou de tubercules conglomérés.

Il est bien entendu que j'élimine de cette description les cas où le processus scléreux de guérison se limite à quelques tubercules d'un placard lupeux, les autres continuant à évoluer ; car ces cas me paraissent se rattacher au lupus scléreux proprement dit et non au lupus sclérosé.

Je le répète, la sclérose une fois faite entièrement, la guérison est complète. On est désormais en présence d'une cicatrice. Cette cicatrice d'ailleurs ne diffère en rien au point de vue des complications ultérieures des cicatrices des tubercules lupeux obtenues par un traitement local parfaitement appliqué. Nous avons vu qu'elles pouvaient devenir chéloïdiennes.

Dans deux cas, j'ai vu des tubercules de lupus plan non exedens repulluler, une fois au centre, l'autre fois à la périphérie de la cicatrice.

Ayant observé le lupus sclérosé 8 fois sur 23, chez des personnes âgées (le lupus est chose assez rare chez les vieillards), je me suis demandé si l'on ne devait pas tenir compte plus ou moins, de l'âge du sujet dans cette sclérose du lupôme. Il se passerait ici quelque chose d'analogue à ce que l'on observe pour la phtisie pulmonaire.

Ce mode de guérison du tubercule par dégénérescence fibreuse n'appartient pas en propre au lupus du tégument externe.

Bien que le fait ne soit pas non plus signalé par les auteurs, je l'ai observé aussi dans plusieurs cas de lupus des muqueuses et il m'a semblé même que ce processus n'est pas aussi rare au niveau des muqueuses qu'on pourrait le croire.

La dégénérescence fibreuse des lupômes présente donc une certaine analogie avec la dégénérescence fibreuse des léprômes telle que je l'ai décrite en 1886, dans mon Traité de la Lèpre.

Si j'ai insisté un peu longuement sur cette guérison par sclérose du tubercule lupeux, c'est parce que je ne l'ai trouvée décrite nulle part et qu'il fallait en outre montrer combien le lupus sclérosé diffère du lupus scléreux que j'ai décrit avec E. Vidal. Ce sont, comme nous venons de le voir, deux choses absolument distinctes.

L'un est un processus de régression et de guérison (lupus sclérosé). L'autre est un processus d'évolution (lupus scléreux).

c. — Ulcérations. — Lupus exedens.

Le processus lupeux aboutit souvent à l'ulcération. On le désigne alors sous le nom de Lupus ulcéreux, de Lupus exedens. Tantôt l'ulcération est précoce, hâtive, tantôt au contraire, ce n'est qu'après être demeuré longtemps non exedens que le lupus s'ulcère.

Quant à la marche de l'ulcération, elle est en général chronique. Dans certains cas, elle peut être subaiguë, aiguë, et même suraiguë (Lupus phagédénique ou galopant).

Certains lupus présentent dès le début une tendance fatale à l'ulcération, comme il en est d'autres qui ne s'ulcèrent jamais. Par exemple, les lupus à marche rapide et à gros tubercules saillants, vasculaires et plus ou moins mous, dont le siège de prédilection est le centre de la face, s'ulcèrent presque nécessairement; tandis qu'au contraire les lupus à petits tubercules à peine saillants, durs, disséminés ou groupés du centre de la joue, du tronc ou de la racine des membres deviennent rarement exedentes. D'une façon générale, comme on pouvait d'ailleurs le prévoir, les gros tubercules lupeux s'ulcèrent plus facilement que les petits.

Maintenant, pourquoi, dans certains cas, le lupus n'évolue-t-il jamais vers l'ulcération, et pourquoi, au contraire, dans d'autres cas, s'ulcère-t-il fatalement,

souvent rapidement ? Il est difficile de le dire, et la plupart des opinions que l'on pourrait émettre à cet égard, ne doivent être adoptées qu'avec une grande réserve.

Il est certain que, de toutes les régions du corps où le lupus peut se développer, c'est la face qui est le plus fréquemment envahie ; d'autre part, toutes choses égales d'ailleurs, c'est à la face que le lupus devient le plus souvent ulcéreux. C'est à la face que le lupus ulcéreux présente, d'ordinaire, une marche aiguë rapidement destructive et même suraiguë ou galopante (Lupus phagédénique) (1).

Il est évident que les causes externes pouvant amener une irritation, une inflammation de la peau au niveau des tubercules lupeux, les traumatismes, l'application d'agents irritants etc., par exemple, sont susceptibles parfois de jouer un certain rôle dans l'ulcération du tubercule lupeux. Mais ce ne sont là que des conditions accessoires, que l'on est loin de rencontrer dans tous les cas de lupus ulcéreux.

Notons néanmoins que, ainsi que cela s'observe pour la lèpre, le lupus des parties exposées à l'air (face, mains), semble être plus souvent (toutes choses égales d'ailleurs) un lupus exedens que le lupus des parties couvertes et moins exposées aux irritations de cause externe, telles que les cuisses, les bras, les fesses, le tronc.

Plusieurs auteurs, entre autres Lailler et Mathieu, font jouer un certain rôle au tempérament du sujet. Ainsi pour eux, le lupus non exedens serait surtout l'apanage « des sujets d'aspect vigoureux, au teint coloré, à la chair ferme, à la peau résistante » tandis que « chez d'autres individus, surtout chez ceux qui présentent au plus haut point le facies lymphatique, qui ont des chairs molles et humides, une peau pâle et comme infiltrée de sérosité, des lèvres épaisses, les ulcérations peuvent se produire avec une grande facilité. »

Devergie était d'un avis semblable.

S'il est vrai que dans beaucoup de cas, on peut observer ces attributs du tempérament lymphatique chez les malades atteints de lupus ulcéreux, il ne faut pas oublier cependant que souvent aussi, comme nous le constatons fréquemment dans notre clinique, le lupus ulcéreux se développe chez des sujets d'apparence vigoureuse et sanguine, tandis que fréquemment d'autre part, le lupus non exédens atteint des malades pâles, anémiques, bouffis, présentant en un mot tous les attributs du tempérament lymphatique.

Cependant, il me paraît assez probable que le tempérament peut avoir une certaine influence sur la circulation sanguine et lymphatique, sur l'état d'irritabilité du tissu conjonctif des régions au niveau desquelles se développe le tubercule

1. Besnier et Doyon, dans leurs remarquables annotations de la traduction de Kaposi, font jouer un rôle important à la grande vascularité de la face dans l'existence fréquente à ce niveau des lupus ulcéreux à marche aiguë.

Il est certain en effet, que les lupus du centre de la face, de même que toutes les dermatoses tuberculeuses (dans le sens de lésion élémentaire) de cette région, ont une grande tendance à devenir ulcéreux, et souvent rapidement ulcéreux et que l'on doit toujours redouter davantage l'ulcération d'un lupus de la face que de toute autre partie du corps.

lupeux, conditions qui doivent vraisemblablement jouer un certain rôle dans l'évolution du lupôme.

L'état anatomique des vaisseaux sanguins et lymphatiques a une notable influence sur la nécrobiose ulcéreuse du nodule lupeux. Depuis 12 ans, j'ai examiné plusieurs milliers de coupes de lupus, et ces examens histologiques m'ont montré que l'on devait tenir grand compte des lésions des vaisseaux sanguins (obstruction vasculaire par endartérite, etc.), dans la nécrobiose ulcéreuse des lupômes. Ces oblitérations vasculaires peuvent déterminer non seulement des nécrobioses au niveau du lupôme lui-même, mais aussi des nécrobioses à distance dans les tissus qui ne sont pas infiltrés par le lupus.

Il se produit ici des phénomènes analogues à ceux sur lesquels j'ai insisté en 1884, dans mes *Leçons sur la Syphilis* (pages 27 et 28).

Quant aux lésions des vaisseaux lymphatiques elles paraissent surtout être en rapport avec une extension et une pullulation plus grande des éléments lupiques.

En somme, il faut tenir grand compte de ces altérations vasculaires dans la marche plus ou moins rapidement envahissante, plus ou moins destructive du lupus ulcéreux. Nous aurons à revenir sur cette question au chapitre anatomie pathologique.

Il est difficile d'établir une relation de cause à effet entre le nombre de bacilles que renferment les lupômes et leur tendance plus ou moins prononcée à une ulcération se faisant plus ou moins rapidement ; car les bacilles tuberculeux sont si peu abondants dans le lupus qu'une comparaison de nombre est réellement presque impossible.

J'ai cependant été frappé du très petit nombre de bacilles que renferment les variétés de lupus atypiques que j'ai étudiées en 1888, variétés qui s'ulcèrent rarement et difficilement (lupus scléreux, lupus myxoïde ou myxomateux, lupus colloïde, lupus vulgaire érythématoïde).

Un fait m'a frappé dans les études cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques que j'ai depuis longtemps entreprises sur le lupus. Les lupus secs, non exedentes, ne renferment pas de microbes de la suppuration ; au contraire les lupus ulcéreux en renferment un grand nombre et ces microbes de la suppuration m'ont semblé d'autant plus abondants que le lupus suivait une marche plus rapidement ulcéreuse.

D'autre part, j'ai dans un certain nombre de cas, observé les faits cliniques suivants sur lesquels on ne saurait trop, je pense, attirer l'attention des médecins. Un lupus non exedens à tubercules secs est traité au moyen de méthodes déterminant une certaine inflammation et partant de la suppuration au niveau des nodules lupeux : cautérisation, râclage, préparations irritantes. Ici plusieurs cas peuvent se présenter. Tantôt et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, l'on voit le placard lupeux se cicatriser au bout d'un certain temps sous l'influence d'un traitement bien institué. Tantôt au contraire, l'on voit, dans des cas exceptionnels d'ailleurs, certains tubercules lupeux, en nombre plus ou moins grand, souvent les

tubercules traités (en général incomplètement traités), mais aussi dans d'autres cas les tubercules lupéux situés dans le voisinage du foyer d'action thérapeutique, se mettre à s'enflammer, à se couvrir de croûtes, à prendre un aspéct mollasse, fongueux, et s'ulcérer. L'on institue alors un traitement destructif encore plus énergique et malgré l'intensité et l'énergie de ce traitement, l'on voit s'accroître en largeur et en profondeur l'ulcération du placard lupeux. Bien plus, l'on voit dans certains cas les tissus ambiants, qui à l'œil nu et à la loupe paraissent absolument indemnes de tout infiltrat lupomateux, s'ulcérer avec une rapidité plus ou moins grande. Ainsi se produisent des ulcérations à marche souvent assez rapidement envahissante, souvent assez étendues et profondes et sécrétant un pus très abondant.

Dans de pareils cas, devant l'insuccès de mes procédés thérapeutiques appliqués à ce que je croyais être des ulcérations d'essence lupeuse à marche rapide, devant l'aggravation même résultant incontestablement de la thérapeutique que j'employais, je me suis demandé si je n'étais pas en présence d'ulcérations non pas d'essence lupeuse, mais d'ulcérations en relation avec les microbes de la suppuration.

J'instituais alors un traitement destiné non pas à détruire le lupus, mais à combattre les phénomènes suppuratifs, traitement qui, j'y insiste, n'avait aucune action sur d'autres foyers lupeux ulcérés observés chez le même sujet et qui avait pour base le sous-carbonate de fer, l'acide salicylique, l'acide borique, le salol, l'aristol, et la marche de ces ulcérations était enrayée en 24 heures, en 48 heures tout au plus, et en quelques jours celles-ci étaient complètement cicatrisées.

Il m'est impossible devant de pareils faits de ne pas admettre que ces ulcérations étaient non pas en rapport avec l'agent pathogène du lupus, mais très probablement en relation avec des agents pathogènes indépendants de celui-ci, probablement les microbes de la suppuration.

J'ai été frappé de la richesse du pus de ces ulcérations en staphylococci, en particulier en staphylococci aurei dont, avec l'aide de mon préparateur M. Tavernier, j'ai pu obtenir de belles cultures pures.

Je me demande donc si dans ces cas les ulcérations, l'aspect mollasse et fongueux des tissus antérieurement secs, durs et non ulcérés, ne doivent pas être attribués à l'action d'agents nouveaux venant ajouter leur influence à celle du bacille de Koch. Cet agent nouveau semble être un agent de la suppuration et me paraît être le plus souvent, autant que j'en puis juger d'après les cultures bactériologiques que j'ai entreprises, le staphylococcus pyogenes aureus.

Ce qui pourrait encore venir étayer cette opinion, ce sont les phénomènes suivants que j'ai observés dans un certain nombre de cas après la guérison et la cicatrisation totale du lupus obtenues au moyen de la galvanocautérisation, du raclage ou des agents caustiques. Voici ce que l'on observe : le lupus étant guéri depuis quelque temps (quelques jours, 1 semaine au plus) la cicatrice obtenue étant parfaite, complète, l'on voit se produire, au niveau de cette cicatrice ou dans son voisinage immédiat, des ulcérations fortement suppurantes, précédées ou non

par la formation de pustules, de phlycténules ou dans d'autres cas de petits abcès épidermiques ou dermiques superficiels.

Ces lésions suppuratives se montrent et évoluent avec une rapidité excessive. Elles sont très riches en staphylococci aurei. Le traitement du lupus ne leur convient pas. Bien plus, il ne fait que les aggraver dans certains cas, alors que le traitement antisuppuratif (acide borique, salol, aristol, sous-carbonate de fer, acide salicylique) en amène la cicatrisation avec la plus grande rapidité.

Ces ulcérations ne sont pas de nature tuberculeuse. Ce sont, comme je les ai désignées dans mes cliniques de 1886, des *accidents para-lupeux*.

Il me semble que, sans trop se hasarder, l'on peut leur attribuer la pathogénie suivante. Le bacille de la tuberculose et le traitement qui en est la conséquence ont ouvert une porte d'entrée aux agents de la suppuration. Le lupus cicatrisé, le bacille de la tuberculose, si toutefois il en reste encore des vestiges, repullule difficilement dans la peau qui est (comme je l'ai démontré dans mes expériences sur les animaux) pour lui un mauvais terrain de culture.

Mais les agents pathogènes de la suppuration qui se trouvent en même temps que lui dans ce foyer lupeux cicatrisé se mettent à repulluler rapidement, vigoureusement, grâce au bon terrain de culture qui, comme on le sait, leur est fourni par la peau. Ils produisent ainsi des accidents qui, bien que n'étant pas d'essence lupeuse, sont secondaires au développement et au traitement du lupus. J'ai proposé de leur donner le nom *d'accidents suppuratifs para et post-lupeux*. Je ne sais pas s'ils peuvent amener le réveil du lupus proprement dit.

Ce qui prouve bien que ces accidents ne sont pas d'essence lupeuse, c'est que dans 7 cas, ayant excisé chez des malades des lambeaux de peau ainsi atteinte et ayant inoculé ces lambeaux à des cobayes d'après la technique que j'ai formulée en 1882, les inoculations n'ont produit chez aucun de ces animaux des accidents de tuberculose expérimentale. Or l'on sait, comme je l'ai démontré en 1883 et 1884, et comme je le montrerai plus loin en publiant le résultat de mes inoculations de 200 cas de lupus, que cette affection inoculée dans de bonnes conditions expérimentales reproduit toujours la tuberculose chez le cobaye (inoculation intra-péritonéale) et chez le lapin (chambre antérieure de l'œil). Par contre, dans trois autres cas, ayant inoculé des produits du fond de ces ulcérations dans la cavité péritonéale de cobayes, ces animaux sont morts rapidement de péritonite suppurée d'une richesse extraordinaire en staphylococci aurei.

Devant ces faits, je me suis demandé dans un travail publié, le 27 novembre 1890, dans la *Médecine Moderne*, sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus, si dans ce cas les ulcérations, l'aspect mollasse et fongueux des tissus antérieurement secs, durs, et non ulcérés, ne doivent pas être attribués à l'action d'agents nouveaux venant ajouter leur influence à celle du bacille de Koch. Cet agent nouveau semble être un des agents de la suppuration, et me paraît être le plus souvent, d'après les cultures bactériologiques que j'ai entreprises avec M. Tavernier, depuis 1886, le staphylococcus aureus.

Pour nous résumer, il semble que dans bien des cas (je n'ose pas dire dans tous les cas), l'ulcération des nodosités lupeuses ou des tissus avoisinants, est en relation non pas avec le bacille de Koch, mais avec les agents de la suppuration. Le lupôme proprement dit donne lieu à un tubercule sec, celui-ci s'ulcère surtout, peut-être uniquement, lorsqu'interviennent les agents de la suppuration.

Lorsque les agents de la suppuration mélangent (que l'on me passe l'expression) leur action à celle du bacille de Koch, ils impriment à l'évolution du lupôme un caractère particulier que l'on peut résumer ainsi : mollesse, tendance suppurative et ulcéreuse de la lésion élémentaire lupôme.

La connaissance de ces faits est, comme nous venons de le voir, d'une importance majeure au point de vue du traitement du lupus (1). Elle montre l'importance des recherches relatives aux associations microbiennes en thérapeutique cutanée.

Le lupus exedens a pour siège de prédilection la face et en particulier le centre de la face.

Il peut s'observer aussi au niveau des membres, en particulier au voisinage des articulations et notamment à la face dorsale des doigts et des orteils. On peut le rencontrer aussi sur les fesses, le tronc, le cou. Il est tout à fait exceptionnel sur le cuir chevelu.

Le processus ulcératif n'atteint le tubercule lupeux, que lorsque celui-ci a déjà acquis un certain développement.

Assez souvent, l'aspect du lupus, avant sa période d'ulcération, peut faire prévoir que ce lupus deviendra un lupus exedens.

En effet, le lupus exedens débute en général par des tubercules plus volumineux, plus saillants, plus mous, plus livides, plus vascularisés, et à évolution plus rapide que ceux du lupus non exedens. Lorsque les tubercules lupeux vont s'ulcérer, ils deviennent plus saillants, plus livides, leur sommet rougit et se ramollit. Au lieu de présenter à leur surface des squames minces et lamelleuses, ils se couvrent presque immédiatement de croûtes d'aspect variable.

Le ramollissement et la désagrégation nécrobiotique atteignent le nodule lupeux, soit en partie, soit en totalité. Mais ils ne le frappent jamais simultanément en masse, comme cela arrive pour les gommes.

Au point de vue clinique, on peut dans l'ulcération du lupus, distinguer 2 cas.

(1). J'avais essayé, il y a un certain nombre d'années, de traiter les lupus, en produisant au niveau des nodules lupeux une suppuration abondante au moyen de pommades à la sabine etc., etc., espérant que les microbes de la suppuration auraient joué le rôle de « microbes gendarmes » vis-à-vis des bacilles de Koch. Ces essais thérapeutiques m'ont donné de mauvais résultats. J'ai obtenu le contraire de ce que je voulais.

La note précédente explique la cause de ces insuccès thérapeutiques.

Ces faits montrent donc que, ainsi que je le faisais remarquer à nouveau en 1891 au congrès de la tuberculose (H. Leloir et Tavernier. Recherches nouvelles sur l'action combinée du Bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution de Lupus. *Annales de dermatologie* 1891), en ce qui concerne le Lupus, l'action des agents de la suppuration doit être évitée à tout prix. Loin de jouer le rôle de microbes gendarmes, ils jouent le rôle de microbes destructeurs, ulcérants, et diminuant la résistance des tissus.

Tantôt l'ulcération n'atteint que le derme dans ses régions superficielles en général, c'est le *lupus ulcéreux superficiel*. Il détruit les tissus en surface, et gagne en largeur. Tantôt, au contraire, la destruction ulcéreuse est beaucoup plus profonde : elle atteint toute l'épaisseur du derme, l'hypoderme, et même les tissus sous-jacents (cartilages, muscles, tissus fibreux, et même les os).

C'est le *lupus ulcéreux profond*.

A. — Lupus ulcéreux superficiel

Le *lupus ulcéreux superficiel* débute par un ramollissement nécrobiotique, qui se fait dans la couche superficielle du lupôme et qui est accompagné d'altérations épidermiques que nous étudierons en détail au chapitre « Anatomie pathologique ». Celles-ci d'une façon générale aboutissent à la destruction de l'épiderme soit par le processus de vésico-pustulation que j'ai décrit en 1878 et 1880, dans les *Archives de physiologie*, sous le nom d'altération cavitaire, ce qui est le cas le plus fréquent ; soit par le processus de phlycténisation ; soit enfin par le processus de destruction moléculaire, bien étudié par Renaut de Lyon et son élève Larroque.

Mais ce qu'il importe de savoir au point de vue clinique, c'est que toutes ces lésions de surface aboutissent à la formation de croûtes, d'apparence très diverse, qui recouvrent l'ulcération lupeuse. Ces croûtes provenant du mélange des produits de sécrétion de la surface ulcéreuse (matière caséiforme mélangée à un liquide séro-purulent, plus ou moins purulent, renfermant lui-même des globules rouges), avec les débris de l'épiderme altéré, se présentent sous les aspects les plus divers, tant au point de vue de l'épaisseur, de la disposition que de la coloration.

Suivant les apparences variables que peuvent présenter les lésions épidermiques et les croûtes, les auteurs ont créé des sous-variétés de lupus ulcéreux auxquelles ils ont donné des noms particuliers, en rapport avec l'aspect et la disposition des croûtes.

Tel est le *lupus impétigineux* ou mieux *impétiginiforme*, dans lequel l'ulcération se fait par une sorte de processus exsudatif aigu, se passant dans les couches superficielles de la peau.

Cette variété très multiforme se produit particulièrement au visage, autour des yeux, sur le front, le nez, surtout chez les sujets jeunes. Au début le développement du petit foyer tuberculeux est parfois un peu subaigu ; plus tard il suit la marche lente ordinaire au lupus. — Dans cette variété, le lupus constitué en général par un placard rouge, plus ou moins livide, se crible d'une grande quantité de petits nids et lacs purulents intra-épidermiques gros comme des têtes d'épingles, de petites pustules impétiginiformes, qui, ainsi que E. Besnier le fait remarquer avec raison, se renouvellent continuellement même au milieu des surfaces cicatricielles, durant une huitaine de jours. Ces lésions épidermiques se rom-

pent et laissent échapper un liquide séro-purulent qui se transforme en croûtes jaunâtres, parfois brunâtres, ou au contraire grisâtres, rondes en général, plates, parfois cependant un peu élevées, adhérentes, qui recouvrent l'ulcération lupeuse. Ce liquide, comme je l'ai montré en 1886 est très riche en staphylococci, aussi la thérapeutique antisuppurative joue-t-elle un rôle important dans le traitement du lupus impétiginiforme.

Le lupus impétiginiforme de Hutchinson et Besnier correspond à la scrofulide pustuleuse de Hardy et en partie à l'impétigo rodens de Devergie.

Il affecte parfois une marche rapidement destructive. De même que le *lupus eczémateux* ou mieux *eczématiforme*, il est souvent méconnu par le médecin, qui le prend pour un simple eczéma, ou un vulgaire impétigo, voire même pour l'acné rodens ou une syphilide tuberculo-croûteuse à petits éléments. Ainsi se produisent de funestes erreurs de diagnostic. — Comme l'ont montré Hallopeau et Wickham, il peut envahir les muqueuses.

Tels sont encore le *lupus tuberculo-croûteux*, *tuberculo-ulcéro-croûteux*, de certains auteurs.

Tel est le *lupus rupioïde* dans lequel l'affection débute en général par une seule phlycténule purulente, rappelant assez bien celle du rupia, phlycténule remplie d'un liquide séro-purulent et sanguinolent, du volume d'une lentille à celui d'une cerise même, plus ou moins flasque, et qui ne tarde pas à se rompre pour se couvrir d'une croûte brune, d'un brun rouge foncé et même noirâtre.

Ce lupus rupioïde, ainsi nommé à cause de l'aspect de sa croûte, n'appartient pas d'ailleurs en propre au lupus ulcéreux superficiel. Le lupus ulcéreux profond, le lupus térébrant en particulier, se couvrent souvent de croûtes rupioïdes.

On pourrait multiplier encore ces sous-variétés créées suivant l'apparence variable des croûtes. Cela ne présentant aucune utilité pratique, aucun intérêt dogmatique, nous n'y insisterons pas davantage.

Il nous faut étudier maintenant plus en détail le lupus exedens arrivé à la période d'état. Cette étude comprend :

1° L'étude de la croûte qui recouvre en général l'ulcération lupeuse;

2° L'étude de l'ulcération lupeuse elle-même.

Il importe d'en bien préciser les caractères cliniques, car cela est de la plus haute importance au point de vue du diagnostic différentiel, en particulier du diagnostic différentiel avec les syphilides.

Les *croûtes* qui recouvrent les ulcérations lupeuses sont d'aspect très variable. Tantôt minces et d'un jaune grisâtre, parfois d'un gris blanchâtre (comme certaines croûtes que l'on trouve au début de certaines variétés de lupus exedens de l'entrée des narines), ces croûtes que le malade arrache fréquemment, sont remplacées par des croûtes plus épaisses, d'un jaune brunâtre ou verdâtre, parfois même noirâtre, par suite de leur mélange avec du sang. La croûte augmente d'épaisseur et souvent même d'étendue, chaque fois qu'elle se renouvelle.

Tantôt la croûte est jaunâtre, d'un jaune pâle ou grisâtre, plate ou un peu

rocheuse. Tantôt au contraire, elle est, dès le début et très rapidement, épaisse, dure, d'un jaune brun foncé ou verdâtre, ou même d'un brun rouge presque noir et plus ou moins ostracée, rupioïde même (1).

Bien que d'aspects très variables, les croûtes du lupus présentent cependant un certain nombre de caractères généraux, que l'on peut constater dans la majorité des cas, soit simultanément, soit plus souvent isolément, et qui sont d'une certaine importance au point de vue du diagnostic du lupus en général et de sa distinction avec les syphilides ulcéro-croûteuses en particulier. (Voir PLANCHE I, *Fig.* 4 et PLANCHE II, *Fig.* 2.

Les croûtes du lupus sont souvent adhérentes et assez fréquemment enchâssées dans la peau.

Elles sont moins saillantes, moins inégales, moins dures que les croûtes de la syphilis. Elles sont à la fois dures et molles, contrairement à ce qui s'observe dans la syphilis (Barthélemy). Elles sont d'un jaune grisâtre, ou d'un brun jaunâtre. Elles sont parfois d'un brun foncé, et même noirâtre par suite de leur mélange avec le sang. Elles sont parfois d'un jaune verdâtre. Toutefois, les croûtes lupiques ne présentent pas d'ordinaire la coloration vert bouteille ou vert florentin de la syphilis. Elles sont encadrées par une zone d'un rouge bleuâtre ou violacé qu'on n'observe pas en général à un degré aussi accentué dans la syphilis. (Barthélemy.)

Elles se reproduisent sans cesse après l'arrachement. — Elles sont souvent entourées d'une desquamation déhiscente, à la collerette qui sépare les parties saines ou cicatrisées des parties malades. (Besnier.)

Sous la croûte adhérente qui la masque, se trouve *l'ulcération* lupeuse, constituée par la nécrobiose plus ou moins complète du tubercule lupeux.

Il arrive parfois que l'on soit tout étonné, après avoir détaché la croûte, de ne trouver qu'une ulcération lupeuse d'une très petite étendue, alors que l'on s'attendait à trouver une ulcération à peu près de l'étendue de la croûte qui la recouvre.

Mais l'on constate bientôt que cette ulcération elle-même se trouve bordée par une cicatrice en général violacée, correspondant exactement à la croûte qui la coiffe. Dans ces cas le processus cicatriciel de guérison s'est fait en partie sous la croûte qui demeure adhérente par ses bords, là où elle se continue avec l'épiderme sain ambiant, et par son centre, là où persiste encore un reste de l'ulcération primitive en voie de cicatrisation.

D'ordinaire, l'étendue de l'ulcère correspond à celle de la croûte.

L'ulcération, qu'elle soit ou non recouverte d'une croûte, affecte la forme du lupôme qu'elle a nécrosé. Elle présente un aspect très variable; tantôt en effet elle est assez profonde et entourée de bords mous, plats et bien limités; tantôt elle

1. Il faut toujours se méfier des croûtes épaisses, saillantes, plus ou moins foncées, surtout lorsqu'elles siègent sur le nez ou le centre de la face. Ces croûtes épaisses, foncées et parfois un peu rocheuses, masquent souvent non une ulcération superficielle de lupus ulcéreux superficiel, mais une ulcération profonde, parfois très profonde, de lupus ulcéreux térébrant. C'est le lupus désigné avec raison par E. Besnier sous le nom de lupus tuberculo-gommeux.

est bordée par des bords saillants et bourgeonnants. Elle-même fait souvent saillie au-dessus de la surface cutanée.

Elle est ronde ou irrégulière, peu profonde en général, parfois un peu déprimée, dans certains cas, au contraire, un peu saillante et même bourgeonnante et fortement surélevée.

Son *fond* est brillant, d'une rose blafard, d'une rouge pâle, parfois d'un rouge brun ou brunâtre. Dans d'autres cas, il est grisâtre ou gris jaunâtre et présente un aspect lardacé. (Voir Planche I, *Fig.* 2 et Planche III, *Fig.* 4.)

Il est rarement diphthéroïde comme dans la syphilis ou la lèpre.

Il est excessivement mou, comme spongieux et se laisse pénétrer avec la plus grande facilité par le stylet mousse ou n'importe par quel instrument, car le lupôme ulcéré conserve les caractères particuliers de mollesse sur lesquels nous avons insisté à propos du lupôme non ulcéré. Parfois ces ulcérations reposent sur des tissus infiltrés profondément, comme tuméfiés, gélatiniformes, dans lesquels le stylet ou le scarificateur peuvent pénétrer jusqu'à un et même trois centimètres avant de rencontrer les tissus sains.

La surface de ce fond est souvent un peu irrégulière et parsemée de mamelons plats. Elle saigne facilement. Souvent elle est comme granulée et parsemée de petits points blafards ou jaunâtres, ou de bourgeons charnus d'une grande mollesse, dépressibles, pâles et de mauvaise nature.

L'on voit dans certains cas l'ulcération très superficielle d'un lupus infiltré en nappe atteindre une étendue parfois très considérable. Il s'agit alors souvent d'un lupus infiltré en nappe avec fond un peu œdémateux. Cette ulcération très superficielle, non décrite par les auteurs, forme une nappe lisse, non déprimée ou à peine déprimée, parfois un peu bombée, luisante, d'un jaune grisâtre, un peu pultacée, rappélant l'exulcération d'un vésicatoire. Son fond est mou et le stylet y pénètre plus profondément qu'on ne l'aurait pu croire (de quelques millimètres et même de 1 à 2 centimètres). En pressant avec le doigt obliquement sur les bords de ces nappes ulcéreuses superficielles, on en détache parfois une couche assez étendue, comme si l'on enlevait ainsi un lambeau de tissu de vésicatoire mal levé. Ces ulcères s'étendent et récidivent facilement. Il faut les détruire profondément et complètement, car ils se reproduisent avec la plus grande opiniâtreté, si on laisse un point de ce tissu gris, mou, pultacé qui en forme le fond. Les gommes scrofuleuses s'accompagnent parfois d'ulcères analogues. (Voir Planche II, *Fig.* 3.)

L'ulcère lupeux sécrète une certaine quantité d'un liquide louche ou d'un pus mal lié, plus ou moins sanieux, parfois sanguinolent que la pression fait sourdre à la circonférence de la croûte, quand celle-ci existe encore. Ce pus très concrescible forme rapidement des croûtes enchâssées, moulées sur la plaie.

Il est des cas au contraire où cette sécrétion est très peu abondante ou à peine appréciable.

Au microscope on constate que le liquide sécrété par l'ulcère lupeux se compose de globules purulents, de détritus granuleux ou autres. On n'y trouve jamais ou presque jamais de bacilles de la tuberculose. L'examen du pus de

l'ulcère lupeux ne peut donc guère servir au diagnostic différentiel de cette affection (1).

En revanche ce pus renferme un nombre plus ou moins considérable de microbes de la suppuration. Il semble qu'ici encore la purulence soit opposée à la virulence, mais non à l'ulcération, comme nous l'avons vu plus haut.

L'ulcère lupeux, surtout quand il est bourgeonnant, saigne facilement. Sa base est toujours infiltrée plus ou moins profondément, car l'ulcération n'a mortifié que les parties supérieures du lupôme. Mais les téguments qui entourent l'ulcération présentent très peu d'induration.

D'ordinaire la base de l'ulcération est mobile sur les tissus sous-jacents. Parfois, quand l'infiltrat est profond, elle adhère fortement à ces tissus, à l'hypoderme, aux muscles, aux aponévroses, au périoste, aux ligaments fibreux.

Ses bords sont comme érodés, usés par suite de l'extension de l'ulcération, suivant la juste remarque de Lailler. Ils ne sont pas taillés à pic, au contraire ils se perdent d'ordinaire graduellement dans le fond de l'ulcération ; ils sont aplatis, amincis et nettement délimités. Leur couleur est violacée, livide. Souvent, à une distance d'un demi à plusieurs centimètres même de l'ulcération, ils présentent une couleur d'un jaune brun plus ou moins transparent et, comme tout infiltrat lupeux, sont excessivement mous à ce niveau.

Dans d'autres cas, ils sont gonflés, légèrement douloureux et parsemés de tubercules. Le gonflement des bords et des tissus ambiants est surtout remarquable dans les lupus du centre de la face. Il acquiert souvent un développement extraordinaire au nez, à la lèvre supérieure, aux joues. Cette hypertrophie qui masque les horribles délabrements que produira ce lupus du centre de la face, lui a fait parfois donner le nom de lupus hypertrophique.

De même que le fond de l'ulcère, ses bords sont toujours très mous. Enfin les bords de l'ulcère lupeux sont fréquemment plus ou moins décollés. Rarement les bords sont durs, calleux et renversés en dehors.

Il arrive assez souvent que le bourgeonnement précoce des ulcères lupeux s'exagère encore, qu'ils prennent, presque dès le début (qu'ils aient été ou non recouverts de croûtes plus ou moins épaisses), un aspect végétant à un haut degré. Ils se couvrent de saillies papillomateuses rouges ou blafardes, séparées par des sillons dans lesquels se trouve du pus et donnent ainsi parfois aux parties atteintes, au nez par exemple, dont ils doublent et même quadruplent le volume, l'aspect d'une framboise. Mais ce qui distingue ces variétés de lupus exedens papillomateux du lupus scléreux papillomateux, c'est que ces ulcères et ces bourgeons sont toujours mous, élastiques, dépressibles, fongueux, saignant facilement et de mauvais aspect. C'est à ces variétés de lupus que les auteurs ont donné le nom de lupus papillomateux, lupus végétant, lupus fongueux frambœsiforme,

(1) Seul, je crois, Lachmann a trouvé, dans le pus accumulé sous les croûtes d'un lupus mal traité, des masses de bacilles si nombreux que l'on aurait pu se croire en présence d'une culture pure de bacilles de la tuberculose. (Lachmann, Kleine Beitrage zur Kentniss der Tuberkelbacillen, Deutsche Médicinische Wochenschrift, 1884.)

lupus exuberans de Fuchs, lupus ulcéreux végétant ou bourgeonnant, frambœsia luposa (1). Ils appartiennent au groupe des tuberculoses papillomateuses du tégument. (Voir Planche I, *Fig.* 3.)

Parfois un certain nombre de ces végétations, de ces granulations, s'organisent, se recouvrent même d'épiderme et persistent ainsi presque sans changement aucun pendant des mois et même des années, pour disparaître ensuite par nécrobiose ulcéreuse au bout d'une durée plus ou moins grande et reparaître parfois encore.

Cet aspect bourgeonnant augmente considérablement le volume des parties atteintes. Il arrive souvent par exemple que le nez, siège fréquent de cette affection, semble triplé de volume et même davantage. Si l'on n'était prévenu, on ne croirait jamais que cette hypertrophie des tissus masque une destruction plus ou moins considérable de l'organe. Mais cette hypertrophie végétante des tissus, malgré sa durée parfois très grande (des mois et même des années), finit toujours par subir la régression destructive au bout d'un temps plus ou moins long.

Vienne alors la période de cicatrisation, et l'on verra s'éliminer, disparaître, fondre comme par enchantement tout ce tissu pathologique bourgeonnant. De ce nez hypertrophié il ne restera plus qu'un moignon.

L'ulcération lupeuse continue à s'étendre par ses bords. Cette extension se fait par la circonférence du lupus toujours plus atteinte que le centre et par une sorte de bourrelet tuberculo-croûteux plus ou moins marqué.

L'accroissement de l'ulcère se fait plus ou moins rapidement par l'apparition de nouveaux tubercules rapidement suppurés et d'apparence pustuleuse ou pustulo-croûteuse ou par une sorte de bourrelet de tubercules plus ou moins ulcérés et recouverts de croûtes jaunâtres, grisâtres, et marche toujours en envahissant graduellement la peau saine. Les parties affectées sont souvent œdémateuses, comme empâtées.

L'ulcère lupeux est en général indolent.

B. — Lupus ulcéreux serpigineux.

Lorsque l'extension de l'ulcération se fait d'une façon continue par le bourrelet tuberculo-croûteux envahissant, que le centre atteint se cicatrise ou non, on se trouve en présence du lupus ulcéreux serpigineux (Lupus exedens herpétiforme de Devergie).

Le lupus serpigineux s'étend par une sorte d'avant-garde de tubercules disposés en lignes en général circulaires, suivant une marche excentrique.

Ces tubercules pustuleux ne tardent pas à leur tour à devenir ulcéreux et à se couvrir de croûtes jaunes, un peu verdâtres, brunâtres et même noirâtres, en

1. Ces masses papillomateuses sont constituées histologiquement par un tissu embryonnaire absolument analogue à celui des bourgeons charnus, dans lequel se trouve disséminé un nombre plus ou moins considérable de follicules lupeux.

général adhérentes à la surface du nodule lupeux ulcéré, parfois à moitié détachées par la suppuration sous-jacente (1).

Les bords de ce lupus serpigineux sont rouges, friables, infiltrés et souvent criblés de petites ulcérations un peu fongueuses. Ils sont disposés en lignes courbes, et, suivant la juste remarque de Lailler et Mathieu, présentent sur la ligne générale de leur direction de petites encoches d'un rayon plus petit, également arrondies.

D'ordinaire la cicatrisation se fait avec une rapidité plus ou moins grande derrière la ligne tuberculeuse d'extension qui rampe et envahit toujours de nouveaux territoires cutanés comme si le bacille de la tuberculose quittait le territoire cutané primitivement envahi et qui se cicatrise, pour chercher dans la peau saine ambiante un terrain de culture qu'il a épuisé derrière lui. L'ulcère lupeux se ferme d'un côté pour avancer de l'autre.

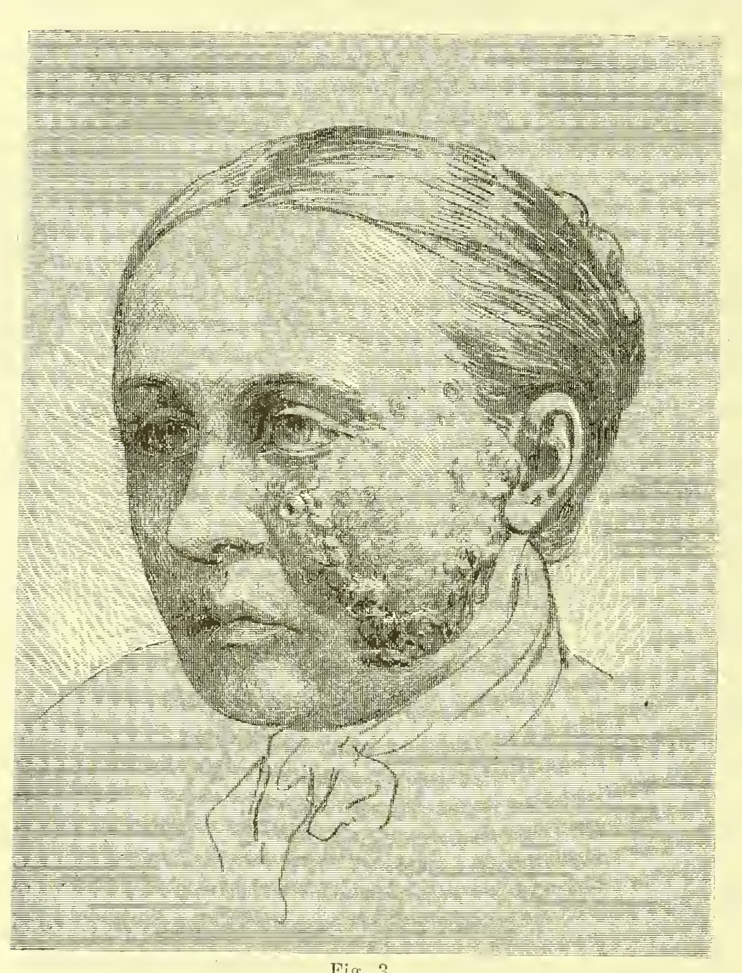


Fig. 3.
Lupus exedens serpigineux de la face datant de 10 ans, chez une femme de 28 ans.

Il en résulte que l'avant-garde des tubercules lupeux, le bourrelet d'envahissement forment une ligne croûteuse, ulcérée, irrégulièrement circulaire, rappelant les syphilides tuberculeuses circinées, mais à tubercules plus rapprochés, plus serrés les uns contre les autres en général.

Lorsqu'il existe plusieurs centres lupeux, leur extension progressive finit par amener leur fusion et l'on voit ainsi de vastes surfaces plus ou moins cicatricielles bordées par des séries d'arcs de cercles tuberculo-croûteux.

Le lupus serpigineux ulcéreux peut envahir de proche en proche de vastes

1. Lorsqu'elle se développe sur un lupôme infiltré en nappe, l'ulcération serpigineuse peut se présenter sous forme d'une ulcération plane, superficielle, rappelant la surface dénudée et pultacée d'un vésicatoire, que j'ai étudiée plus haut. Malgré son apparence superficielle, elle est alors également souvent très rebelle et récidivante surtout lorsqu'elle se développe sur un infiltrat lupeux en nappe mollasse et œdémateuse.

territoires cutanés et labourer peu à peu en l'espace de plusieurs années, si l'art n'intervient pas, une partie plus ou moins considérable de la face, puis toute la face, le front, les oreilles, le cou, la région sous-maxillaire.

J'ai vu des cas où un pareil lupus avait, en l'espace de quinze à trente ans, labouré toute la face, rongé les oreilles et, après avoir envahi la région sous-maxillaire et le cou, continué sa marche envahissante vers les épaules jusqu'au V deltoïdien, et vers le thorax jusqu'à la moitié de la région sterno-costale.

Dans d'autres cas, j'ai vu de pareils lupus développés sur les membres, le tronc, envahir presque toute une cuisse, une fesse, une partie du tronc. Telle est l'observation d'un malade que j'ai étudié en 1882, à l'hôpital Saint-Louis pendant longtemps, et qui était atteint d'un lupus serpigineux, tuberculo-croûteux exedens ayant envahi toute la fesse. J'ai fait faire de ce lupus par M. Karmanski une aquarelle qui sé trouve reproduite dans la *figure* 2 de la Planche II. Elle montre bien le bourrelet tuberculo-croûteux d'envahissement qui laisse derrière lui une cicatrice grisâtre, boursouflée, dans laquelle se sont déjà formés de nouveaux tubercules lupeux.

Le lupus serpigineux exedens est d'ordinaire superficiel à la face. Il peut toutefois y être plus profond et s'y présenter sous forme d'infiltrations tuberculo-gommeuses en nappe donnant parfois aux tissus infiltrés dont il augmente énormément le volume, un aspect érysipélatoïde, livide, suintant. Aux membres il est plus profond et s'y trouve souvent mélangé de lupus scléreux papillomateux. Il donne souvent aux extrémités des membres un aspect éléphantiasique. Il s'observe surtout chez les sujets fortement entachés de scrofulo-tuberculose et présentant d'autres lésions tuberculeuses : gommes scrofulo-tuberculeuses cutanées ou ganglionnaires, tuberculose tendineuse, articulaire, osseuse, pulmonaire.

La cicatrice consécutive à cette ulcération lupeuse en surface est en général rougeâtre ou violacée au début ; elle ne tarde pas à devenir d'un blanc rosé, à pâlir ensuite de plus en plus et à devenir blanchâtre. Elle est tendue, luisante, souvent déformée par places, inégale, bridée et présente parfois dans son épaisseur de petites crêtes ou de petites saillies un peu papillomateuses.

Il arrive aussi que cette cicatrice donne à la peau atteinte un aspect boursouflé, saillant, plus volumineux, comme si la peau était empâtée. (Voir Planche II, *Fig.* 2.) Ces cicatrices sont alors souvent grisâtres, parfois mouchetées de points ou taches plus claires, plissées ou gaufrées. Devergie a beaucoup insisté sur cet aspect boursouflé que peut présenter la cicatrice du lupus serpigineux exedens. Pour lui, dans le lupus exedens, la cicatrice serait hypertrophique, tandis que dans le lupus non exedens, celle-ci serait atrophique. Bien que vraie d'une façon générale, cette opinion de Devergie est cependant trop absolue. Des cicatrices blanches, lisses et atrophiques, peuvent être la conséquence du lupus exedens et réciproquement des cicatrices boursouflées ou mouchetées peuvent s'observer à la suite du lupus serpigineux non exedens, comme nous l'avons vu.

On conçoit les délabrements épouvantables que doit produire une pareille affection, spécialement à la face et en particulier au niveau des orifices naturels,

ainsi qu'au niveau des extrémités des membres. Nous y reviendrons à propos de l'étude des cicatrices du lupus.

Sur ces cicatrices on peut voir apparaître de nouveaux tubercules lupeux, qui, d'abord petits, plans, finiront par s'ulcérer et se réunir aux anciens tubercules ulcérés. Il y a là récidive dans la cicatrice, récidive qui est loin d'appartenir d'ailleurs au lupus ulcéreux serpigineux.

C. — Lupus exedens détruisant en profondeur ou lupus ulcéreux profond.

Au lieu de s'étendre en surface, le lupus peut s'étendre en profondeur. On a donné à cette variété de lupus le nom de lupus térébrant. Celui-ci atteint surtout le nez et le voisinage des orifices naturels de la face. D'après Devergie, il naîtrait à un âge plus tendre que les lupus qui détruisent en surface et ne se rencontrerait pas uniquement comme ceux-ci chez les sujets lymphatiques.

Quand il siège au nez, qu'il détruit de bas en haut, il est souvent précédé pendant longtemps par des croûtes de muco-pus, qui se produisent dans l'une ou l'autre narine ou dans toutes les deux.

Il débute par un bouton rouge et isolé, qui se tuméfie rapidement. Cette tuméfaction, surtout lorsqu'elle siège à la face en particulier au nez, peut devenir considérable. Le nez peut être quadruplé de volume, comme chez la malade de la *figure* 3 de la Planche VI. Il prend un aspect tuméfié, d'un rouge violacé, rappelant certaines infiltrations gommeuses, que vient encore augmenter l'œdème lymphangitique plus ou moins prononcé concomitant. L'infiltration est tellement profonde, la tuméfaction si marquée, que l'on se trouve réellement en présence d'un infiltrat scrofulo-tuberculeux rappelant plutôt la gomme que le tubercule. Cette masse lupomateuse ne tarde pas à se ramollir en un point, le ramollissement s'étend et bientôt l'ulcération est faite.

Ce ramollissement nécrobiotique ulcéreux, qui frappe rapidement et dans une grande partie de son étendue l'infiltrat lupeux, rappelle beaucoup dans son évolution le ramollissement nécrobiotique des gommes scrofulo-tuberculeuses (1).

(1) Cette analogie objective clinique et, ajouterai-je, spécifique, qui existe entre certains lupus ulcéreux profonds et les gommes scrofulo-tuberculeuses n'a rien qui doive nous surprendre.

On conçoit très bien que, lorsque l'infiltrat lupeux est profond, qu'il envahit non seulement le derme, mais même l'hypoderme et les tissus sous-jacents, et qu'il évolue rapidement vers la nécrobiose ulcéreuse, comme dans le lupus térébrant et le lupus phagédénique, il présente la plus grande analogie avec les gommes scrofulo-tuberculeuses. — Dans certains cas le lupus débute, non par un tubercule lupeux classique, mais par une véritable nodosité gommeuse qui se ramollit, rougit, s'ulcère lentement et prend ensuite l'aspect du lupus infiltré devenu ulcéreux.

J'ai vu des exemples de lupus exedens croûteux de la face qui simulaient absolument les gommes scrofulo-tuberculeuses. Tous les dermatologistes en ont vu de semblables. J'ai vu souvent des dermatologistes de différents pays poser le diagnostic lupus à propos de lésions de la face présentant une grande analogie avec les gommes scrofulo-tuberculeuses.

D'ailleurs E. Besnier a également bien senti cette analogie, quand il a désigné ces lupus sous le nom de Lupus tuberculo-gommeux.

Si l'on se rapporte à la définition que j'ai donnée du tubercule (page 31) et si on la compare à celle que j'ai donnée de la gomme, définitions qui sont les reproductions de celles que j'ai faites en 1885 à propos des

Il existe donc la plus grande analogie objective entre le lupus térébrant et certaines gommes scrofulo-tuberculeuses.

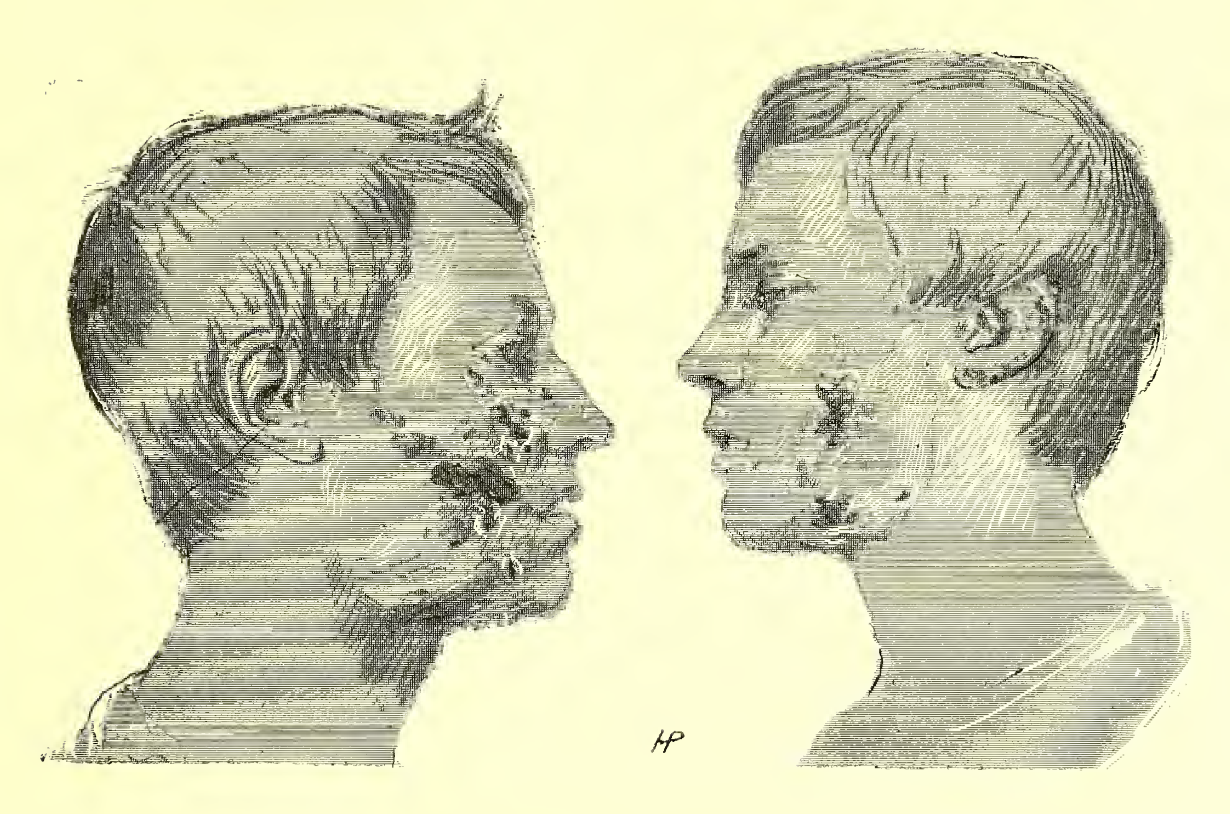


Fig. 4. Fig. 5.

Ces figures représentent un cas de lupus tuberculo-gommeux, fortement exedens des deux joues, qui en plusieurs points avaient envahi non seulement la peau et l'hypoderme, mais même la couche musculaire. Le malade fut rapidement guéri par le traitement que j'indique à la fin de ce livre.

L'ulcération se couvre en général d'une croûte d'ordinaire remarquable par sa saillie et son épaisseur. (Voir Planche I, *Fig.* 4.)

Cette croûte fort adhérente, de couleur jaune verdâtre, souvent brunâtre ou noirâtre, présente les caractères ordinaires des croûtes du lupus exedens. Mais, je le répète, elle est en général noirâtre, saillante, épaisse, rocheuse, parfois ostracée ou rupioïde. On ne trouve pas de croûtes aussi épaisses, aussi saillantes, aussi rocheuses, ou rupioïdes, dans le lupus exedens superficiel.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un lupus exedens dont l'ulcération se trouve masquée par des croûtes semblables, on doit toujours s'attendre à trouver sous

lésions élémentaires de la peau (*Journal des Connaissances médicales*, 5 mai 1886), cette analogie n'a rien qui doive étonner.

Une pareille ressemblance doit évidemment beaucoup donner à réfléchir aux quelques dermatologistes qui, tout en admettant la nature tuberculeuse des gommes dites scrofuleuses, se refusent encore à admettre la nature tuberculeuse du lupus vugaire.

elles des ulcérations profondes. Ces croûtes épaisses sont presque l'apanage du lupus ulcéreux profond.

La croûte est entourée d'une zone de peau rouge, engorgée, qui borde l'ulcération lupeuse.

Cet engorgement violacé, cette tuméfaction livide qui entourent l'ulcère, et qui s'accompagnent souvent d'un degré plus ou moins prononcé d'œdème lymphangitique, indiquent l'infiltration profonde et étendue des tissus par le lupôme.

Lorsqu'on enlève la croûte, on trouve sous elle une ulcération profonde, à fond lardacé, ou d'aspect fongueux et blafard. Elle se couvre parfois de bourgeons charnus, mollasses, et de mauvais aspect. Elle secrète un pus sanieux.

Cette ulcération creuse rapidement en profondeur; en peu de temps, elle peut perforer une narine, échancrer les lèvres, les paupières, l'aile du nez. Lorsqu'elle envahit les muqueuses elle peut, comme nous le verrons tout à l'heure, perforer la cloison du nez ou le palais.

L'ulcération non seulement détruit le derme et l'hypoderme, mais peut envahir les tissus fibreux, cartilagineux, les ligaments, les aponévroses, les muscles et même les os.

D. — Lupus vorax.

Lorsque l'ulcération lupeuse gagne à la fois en surface et en profondeur, les délabrements seront, on le conçoit, bien plus considérables. C'est le lupus exedens de certains auteurs (Lailler et Mathieu), que plusieurs dermatologistes qualifient aussi de lupus vorax.

Je veux bien admettre cette dénomination de lupus vorax, pour ces variétés de lupus qui rongent à la fois en surface et en profondeur, mais à la condition qu'il soit nettement spécifié, que ce terme correspond aux ulcères évoluant d'une façon lente. subaiguë, bien que pouvant produire des délabrements énormes parfois.

Je propose au contraire d'appliquer le terme de lupus phagédénique, à cette variété de lupus vorax à évolution très rapide, suraiguë, qui peut en quelques mois, en quelques semaines, détruire profondément des portions considérables de tissus, de tissus de la face et de la bouche en particulier, car ce lupus s'attaque surtout au nez et à la bouche.

Le lupus vorax siège presque toujours à la face.

Il débute presque toujours par le nez et la lèvre supérieure, et présente tous les caractères du lupus térébrant (tuberculo-gommeux), que nous venons d'étudier.

Il s'étend non seulement en profondeur, mais aussi en largeur, et finit

ainsi au bout d'un temps plus ou moins long, par détruire le nez, la lèvre supérieure, les régions zygomatiques, la muqueuse buccale, nasale, et même la muqueuse pharyngée. La *figure 4* de la Planche I représente un cas de lupus vorax du centre de la face, qui, en deux ans, avait amené le délabrement que représente l'aquarelle, et qui fut en un mois complètement guéri (sans récidive jusqu'ici) par le râclage, et l'application d'agents parasiticides et caustiques.

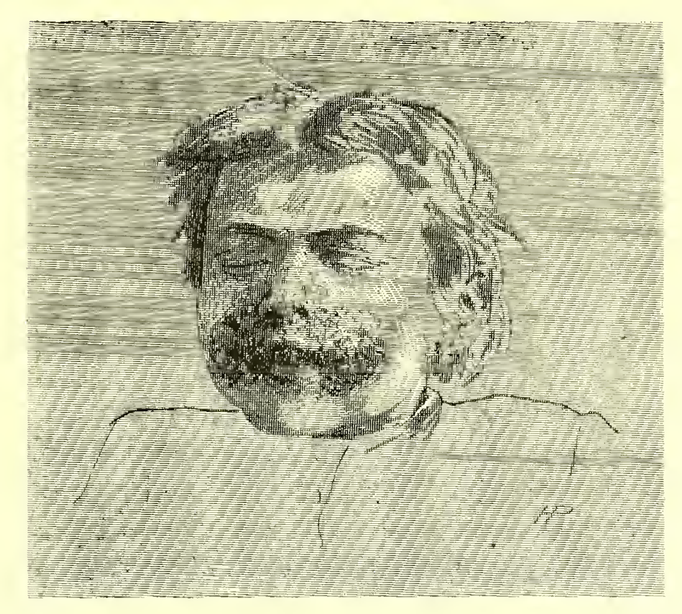


Fig. 6.

La figure 6 représente la face d'une petite fille de 13 ans, chez laquelle en l'espace de un an et demi un lupus vorax non traité détruisit tout le centre de la face. L'enfant était, en outre, atteinte de mal de Pott. L'enfant est morte de tuberculose miliaire, aiguë, peu de temps après son entrée dans mon service.

Il est en effet, remarquable de voir, combien facilement (relativement) ces effrayants lupus vorax tuberculo-croûteux cèdent à une thérapeutique bien appliquée, et combien durable (en général) est leur guérison; alors que des lupus non exedentes, à petits tubercules, serpigineux ou non, font par leur ténacité et leurs récidives continuelles, le désespoir du dermatologiste.

E. — Lupus phagédénique.

Que le lupus tuberculo-gommeux ulcérant en surface et en profondeur, au lieu d'évoluer en quelques années, ou en plusieurs mois, évolue en quelques semaines, qu'il suive une marche suraiguë galopante, l'on a ce que j'appellerai le lupus phagédénique. Le lupus phagédénique correspond à certaines variétés du lupus vorax, ou du lupus galopant du centre de la face de certains auteurs, ou du lupus tuberculo-gommeux de Besnier. Il est heureusement rare.

Dans le lupus phagédénique, les tubercules lupeux s'ulcèrent avec une vitesse inouïe. L'ulcération, qui repose sur des tissus mous, œdémateux, ronge et détruit les tissus ambiants avec la plus grande rapidité, tant en surface qu'en profondeur.

En peu de temps, en quelques semaines, les bords libres des lèvres (surtout de la lèvre supérieure), du nez, au niveau desquels le lupus débute d'ordinaire, sont détruits. Le plus souvent il faut arracher les croûtes épaisses et

brunâtres qui recouvrent l'ulcération, pour assister à ses progrès effrayants.

L'ulcération apparaît alors avec son fond mou, lardacé ou jaunâtre, parfois même putrilagineux, couvert dans d'autres cas de bourgeons charnus, blafards, fongueux, d'une grande mollesse, èt saignant avec la plus grande facilité. Ce lupus phagédénique envahit souvent en même temps les muqueuses du nez, de la bouche, du palais et de la face interne des joues.

En quelques semaines le nez peut être rongé, les lèvres presque complètement détruites, les joues labourées par des ulcères, la bouche et la gorge envahies.

Ce lupus en se propageant au pharynx peut entraîner la mort.

J'en ai malheureusement vu un exemple pour lequel je fus consulté presque in extremis. Cet horrible lupus phagédénique, qui avait détruit le nez dans toute sa portion cartilagineuse, la lèvre supérieure, la moitié antérieure des joues, l'œil droit et la paupière inférieure gauche, s'était propagé au palais dont il avait détruit complètement le voile et de là au pharynx et sans doute au larynx. Le malade mourut en partie d'inanition et de cachexie, en partie d'asphyxie et d'une tuberculose pulmonaire intercurrente.

Ce lupus phagédénique qui avait débuté quatre mois auparavant par la narine gauche avait donc mis quatre mois pour tuer le malade.

De pareils faits sont heureusement excessivement rares, et il est possible qu'un certain nombre de cas décrits comme des lupus vorax (lisez phagédéniques), par quelques auteurs, ne soient autre chose que des syphilides ulcéreuses galopantes ou des cas de morve.

D'après Bazin, « les malades parvenus à ce degré de la scrofulide maligne sont ordinairement enlevés par une phlegmasie maligne, assez souvent par une péricardite ou une pleurésie avec épanchement. »

Contrairement aux autres variétés de lupus ulcéreux, qui en général sont peu ou pas douloureux spontanément, le lupus phagédénique, surtout lorsqu'il envahit la bouche et la gorge, peut être parfois douloureux.

Tels sont les caractères généraux du lupus exedens. On conçoit combien divers ceux-ci peuvent être, suivant le siège, la profondeur, la durée du mal, suivant que l'ulcération se produit sur une peau saine jusque-là, ou est consécutive à un dépôt lupômateux de récidive dans une cicatrice, suivant enfin les complications inflammatoires œdémateuses, lymphangitiques, etc., qui l'accompagnent.

D'ailleurs il arrive souvent que certains points du lupus sont ulcéreux et même térébrants ou phagédéniques, alors que d'autres points éloignés ou rapprochés demeurent à l'état de lupus non exedens. L'on peut voir sur le même sujet et parfois sur le même placard lupeux, coexister le lupus exedens dans ses différentes variétés, le lupus non exedens dans ses diverses variétés, le lupus scléreux sous ses différents aspects y compris la variété que Riehl a désignée sous le nom de tuberculose verruqueuse, et enfin même le lupus vulgaire érythématoïde. Quelle preuve plus convaincante pourrait-on trouver de l'unicité de ces différentes formes de tuberculose? Quelle meilleure démonstration pourrait-on don-

ner de l'identité de nature qui existe entre elles? et comment les dermatologistes qui, tout en se refusant encore à admettre la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, sont en train de préparer leur évolution en reconnaissant que certaines variétés de lupus (le lupus scléreux par exemple) sont de nature tuberculeuse, peuvent-ils expliquer de pareils faits?

Il ne faut donc pas oublier que la régression du lupus par résorption interstitielle et même par métamorphose fibreuse, peut se rencontrer en même temps que la régression par nécrobiose ulcéreuse (lupus exedens), soit simultanément, soit alternativement dans les différents points d'un placard lupeux. L'on voit même parfois la nécrobiose ulcéreuse et la résorption interstitielle agir de concert pour amener la régression d'un même nodule lupeux.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 286 cas de lupus, j'ai observé 198 cas de lupus exedens.

Les placards étaient ainsi localisés :

Tête	Face	Front			= 5 fois.
		Paupières	supérieure gauche		= 4 fois.
			inférieure	droite	= 5 fois.
				gauche	= 5 fois.
		Nez	aile	droite	= 9 fois.
				gauche	= 14 fois.
			bout		= 12 fois.
			en totalité		= 50 fois.
		Régions	zygomatique	gauche	= 63 fois.
				droite	= 48 fois.
			naso-génienne	gauche	= 49 fois.
				droite	= 41 fois.
			massétérine droite		= 19 fois.
		Sourcil	droit		= 7 fois.
			gauche		= 7 fois.
		Lèvre	supérieure		= 42 fois.
			inférieure		= 18 fois.
		Menton			= 9 fois.
	Oreilles	droite			= 7 fois.
		gauche			= 3 fois.
	Cuir chevelu				= 2 fois.
Cou	Régions	s.-maxillaire		droite	= 17 fois.
				gauche	= 18 fois.
		sterno-mastoïdienne		droite	= 43 fois.
				gauche	= 7 fois.
		sus-claviculaire		droite	= 1 fois.
				gauche	= 0 fois.
		Nuque			= 2 fois.

Tronc	Face	antérieure		= 0 fois.
		postérieure		= 0 fois.
Membres supérieurs	Bras	gauche		= 3 fois.
		droit		= 1 fois.
	Coude droit			= 0 fois.
	Avant-bras	droit		= 1 fois.
		gauche		= 2 fois.
	Main	gauche, face	dorsale	= 3 fois.
			palmaire	= 2 fois.
		droite, face	dorsale	= 2 fois.
			palmaire	= 0 fois.
Fesse	droite			= 3 fois.
	gauche			= 4 fois.
Membres inférieurs	Cuisse	droite		= 7 fois.
		gauche		= 2 fois.
	Genou	droit		= 0 fois.
		gauche		= 0 fois.
	Jambe	droite		= 1 fois.
		gauche		= 4 fois.
	Pied	droit, face	dorsale	= 0 fois.
			plantaire	= 0 fois.
		gauche, face	dorsale	= 0 fois.
			plantaire	= 0 fois.

De la cicatrisation du lupus exedens.

L'ulcère lupeux finit à la longue (après des semaines et des mois) par se cicatriser spontanément, mais la cicatrisation est très lente.

Celle-ci survient, lorsque les produits spécifiques ont été détruits et éliminés par la nécrose moléculaire. Aussi conçoit-on que les traitements locaux agissant d'une façon destructive sur ce tissu pathologique, en transformant l'ulcère scrofulo-tuberculeux en une plaie simple, hâtent de beaucoup la cicatrisation.

Il en est de même des agents parasiticides, lesquels d'ailleurs semblent n'agir souvent qu'en détruisant en partie le tissu lupeux.

Enfin certaines méthodes qui ont pour but d'exciter en quelque sorte le tissu lupeux, la méthode des scarifications sanglantes, par exemple, semblent agir en poussant les tissus pathologiques vers la transformation fibreuse.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'ulcère lupeux marche vers la cicatrisation, on le voit prendre plutôt les caractères d'une plaie simple et de bonne nature.

Ses croûtes deviennent moins épaisses, moins humides et plus adhérentes. Son fond se déterge, ses bords deviennent moins tuméfiés, moins blafards, moins flasques, ses granulations perdent leur aspect mollasse et de mauvaise apparence pour être remplacées par des bourgeons charnus de bon aloi.

Des bords de l'ulcération, des bourgeons charnus de bonne apparence, des îlots cutanés restés intacts entre les points ulcérés, partent des pellicules épidermiques qui recouvrent la plaie bourgeonnante et amènent finalement la formation d'une cicatrice débutant par les parties qui ont été ulcérées les premières.

Ainsi se produisent des cicatrices d'aspect et d'étendue très variables, qui d'abord d'un rouge violacé puis rouge ou rose tendre, deviennent ensuite fermes, blanches, parfois nacrées, comme parcheminées, collées et moulées pour ainsi dire sur les tissus sous-jacents.

Ces cicatrices sont d'ordinaire consistantes, irrégulières, à surface inégale,

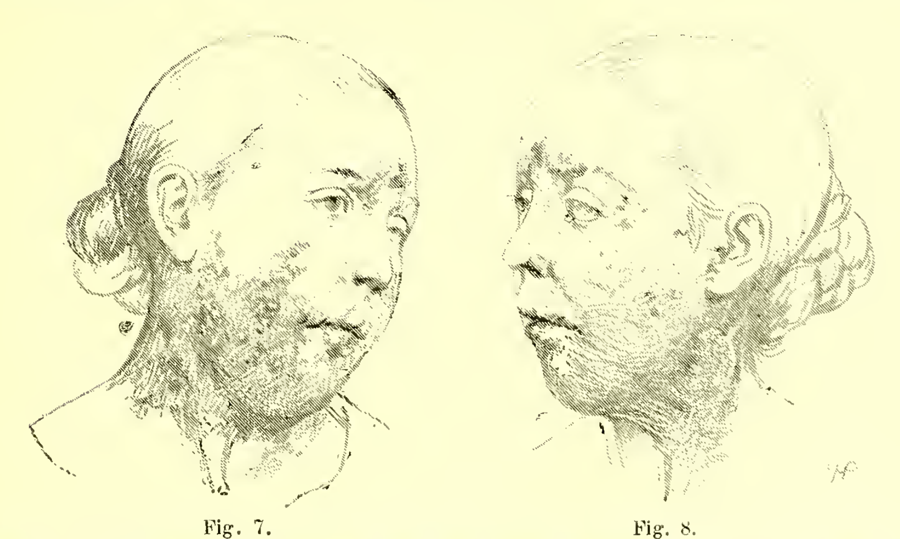


Fig. 7. Fig. 8.

Les figures 7 et 8 représentent les délabrements cicatriciels affreux déterminés au niveau de la moitié inférieure de la face et au niveau du cou par un lupus tuberculeux exedens superficiel chez une jeune fille d'une vingtaine d'années.

épaisses par places, souvent bridées, anfractueuses, par suite de la rétraction inégale du tissu cicatriciel et des adhérences qu'il a contractées avec les parties sous-jacentes.

Elles présentent une grande analogie avec les cicatrices de brûlures au 2e et 3e degré. Elles peuvent par leur rétraction produire des difformités considérables.

Nous avons parlé plus haut de l'aspect boursouflé, empâté, épaissi, que prennent parfois les cicatrices du lupus exedens, et en particulier du lupus exedens serpigineux. Nous n'avons pas à y revenir.

De même que les cicatrices du lupus non exedens, les cicatrices du lupus exedens peuvent être envahies de nouveau par le lupus non ulcéreux, ou par le

lupus ulcéreux (1). Nous avons vu plus haut que les agents de la suppuration semblent pouvoir à eux seuls amener l'ulcération d'un lupus entièrement cicatrisé. Enfin, comme nous le verrons à propos des complications du lupus, ces cicatrices peuvent devenir chéloïdiennes (vasculaires ou non).

Chez les vieux lupeux, dont les tubercules ont disparu par ulcération ou par résorption, le visage labouré par les cicatrices présente un aspect horrible.

Des variétés atypiques du lupus vulgaire.

Il nous faut maintenant passer à l'étude des variétés de lupus dont la lésion élémentaire et l'éruption présentent certains caractères particuliers, atypiques, et au point de vue objectif clinique et au point de vue anatomo-pathologique. Ce sont :

Le lupus colloïde,
Le lupus myxomateux,
Le lupus scléreux et demi-scléreux,
Le lupus vulgaire érythématoïde.

Ces variétés de lupus que j'ai proposé de désigner sous le nom de : « Variétés atypiques du lupus vulgaire » dans le mémoire que j'ai lu sur ce sujet en juillet 1888 au Congrès International pour l'étude de la tuberculose, sont, ainsi que je l'ai montré, de même que la forme classique du lupus vulgaire, des tuberculoses tégumentaires peu virulentes. Elles appartiennent au lupus vulgaire et au point de vue anatomique et au point de vue spécifique, comme je l'ai démontré pour les variétés colloïde, myxomateuse, scléreuse dans mon travail sur les variétés atypiques du lupus vulgaire (*loc. cit.*), et pour la variété de lupus que je désigne sous le nom de lupus vulgaire erythématoïde dans mes travaux sur le lupus érythémateux et le lupus vulgaire érythématoïde (*loc. cit.*).

Il importe de les connaître, car ces variétés de lupus vulgaire peuvent induire en erreur le clinicien et l'anatomo-pathologiste.

Quant à la variété de tuberculose de la peau décrite par Riehl et Paltauf sous le nom de tuberculosis verrucosa cutis, elle doit être considérée comme une variété du lupus scléreux. C'est, en effet, comme nous le verrons et comme je l'ai démontré anatomo-pathologiquement, un lupus demi-scléreux superficiel à tendance suppurative. Je l'étudierai plus loin comme annexe au lupus scléreux.

1. Il faut bien recommander aux malades de protéger pendant longtemps les surfaces cicatricielles et de leur éviter tout traumatisme, les traumatismes pouvant être la cause occasionnelle de la récidive du lupus ulcéreux dans les cicatrices et surtout l'origine d'accidents para-lupeux, d'origine suppurative à tendance parfois fortement ulcéreuse.

Il en sera de même du tubercule anatomique dont certaines variétés sont évidemment déterminées par le virus tuberculeux et doivent être rattachées également au lupus scléreux.

LUPUS COLLOÏDE

Dans une première variété que je désigne sous le nom de lupus vulgaire variété colloïde, les tubercules lupeux se présentent sous un aspect un peu vitreux, demi-opaque. Ces tubercules sont en général disséminés, isolés, et n'offrent que peu de tendance à se réunir en placards. Ils renferment parfois de petits kystes provenant de la dégénérescence colloïde d'une partie des éléments du lupôme et constituant dans certains cas de petites cavités anfractueuses. Ils sont très peu riches en vaisseaux sanguins. Ils demeurent presque indéfiniment non exedentes, et après avoir persisté longtemps sous cet aspect, disparaissent parfois par résorption interstitielle en laissant à leur suite des cicatrices peu profondes.

Cette variété est rare. J'en ai observé 4 cas (avec examen histologique, recherches bactériologiques et inoculations expérimentales).

Le lupus colloïde guérit difficilement et récidive avec la plus grande facilité. Il semble surtout justiciable des cautérisations ponctuées. En tout cas il doit être rapidement et entièrement détruit.

L'on verra plus loin au chapitre « Anatomie pathologique » que cette variété de lupus est au lupus vulgaire classique ce que la tuberculose colloïde du poumon décrite par Grancher est à la tuberculose vulgaire de cet organe. La *Figure* 2 de la Planche VII représente un remarquable cas de cette variété de lupus que j'ai observé chez un malade de mon service.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur, et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que, sur 286 cas de lupus, j'ai observé 6 cas de lupus colloïde. Les placards étaient ainsi localisés :

Tête	Face	Front			= 0 fois.
		Paupières	supérieure gauche		= 1 fois.
			inférieure	gauche	= 0 fois.
				droite	= 0 fois.
		Nez	aile	droite	= 1 fois.
				gauche	= 0 fois.
			bout		= 1 fois.
			totalité		= 0 fois.
		Régions	zygomatiques	droite	= 2 fois.
				gauche	= 2 fois.
			naso-génienne	droite	= 2 fois.
				gauche	= 2 fois.

Tête	Face	Régions	massétérine	droite	= 2 fois.
				gauche	= 2 fois.
		Sourcil	droit		= 0 fois.
			gauche		= 1 fois.
		Lèvre	supérieure		= 0 fois.
			inférieure		= 0 fois.
		Menton			= 1 fois.
	Oreilles	droite			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Cuir chevelu				= 0 fois.
Cou	Régions	sous-maxillaire		droite	= 0 fois.
				gauche	= 0 fois.
		sterno-mastoïdienne		droite	= 0 fois.
				gauche	= 0 fois.
		sus-claviculaire		droite	= 0 fois.
				gauche	= 0 fois.
		Nuque			= 0 fois.
Tronc	Face	antérieure			= 0 fois.
		postérieure			= 0 fois.
Membres supérieurs	Bras	gauche			= 0 fois.
		droit			= 0 fois.
	Coude	droit			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Avant-bras	droit			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Mains	gauche, face		dorsale	= 0 fois.
				palmaire	= 0 fois.
		droite, face		dorsale	= 0 fois.
				palmaire	= 0 fois.
Fesse	droite				= 0 fois.
	gauche				= 0 fois.
Membres inférieurs	Cuisse	droite			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Genou	droit			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Jambe	droite			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Pied	droit, face		dorsale	= 0 fois.
				plantaire	= 0 fois.
		gauche, face		dorsale	= 0 fois.
				plantaire	= 0 fois.

LUPUS MYXOMATEUX

Dans une deuxième variété que j'ai désignée sous le nom de lupus vulgaire, variété myxomateuse, ou lupus myxomateux, le lupus se présente sous forme de tubercules mollasses, d'apparence un peu gélatiniforme. Ces tubercules font une saillie des plus notables, ils sont turgides, volumineux. Ils sont en général parcourus par des vaisseaux sanguins, ténus, faciles à voir et faciles à isoler, qui constituent à leur surface de fines arborisations vasculaires plus ou moins ramifiées rappelant celles que l'on observe sur certains tubercules lépreux dans la lèpre systématisée tégumentaire (1).

Il existe à la surface de ces tubercules lupeux, surtout quand ils sont assez volumineux, de petits points qui tranchent par leur couleur plus pâle ou plus transparente sur le reste du tubercule et qui ne sont autre chose que de petits kystes renfermant une substance muqueuse, ainsi que l'a montré l'examen histologique.

Ces tubercules lupeux s'ulcèrent très difficilement et très rarement. Ils persistent longtemps et envahissent très lentement les tissus ambiants. En revanche ils s'accroissent en hauteur, boursouflant en quelque sorte les tissus qu'ils ont envahis. Jamais je ne les ai vus suivre une marche serpigineuse, sauf dans deux cas.

Dans un cas (Voir *Figure* 3, Planche II), j'ai vu un de ces lupus développé au niveau du lobule de l'oreille, être le point de départ d'une adénopathie scrofulo-tuberculeuse secondaire au lupus.

Il se produit parfois de petites hémorragies interstitielles dans l'épaisseur de ces infiltrats lupeux.

Le lupus myxomateux m'a paru guérir toujours facilement et ne récidiver que rarement quand il est bien traité. Il m'a semblé être surtout justiciable du traitement par décapage préalable avec les pâtes ou onguents salicylés, suivi du raclage avec la curette, et d'une application consécutive de pommades caustiques, parasiticides, en particulier de la pommade à l'iodhydrargyrate de potasse.

Nous verrons plus loin au chapitre : Anatomie pathologique, que cette variété atypique du lupus vulgaire présente des caractères particuliers au point de vue anatomo-pathologique. C'est une variété mucoïde ou mieux myxomateuse du lupus vulgaire.

J'en ai observé 12 cas (avec examen histologique, recherches bactériologiques et inoculations expérimentales). Dans les 12 cas le lupus myxomateux était localisé à la face. Dans 6 de ces cas, le lupus siégeait au niveau du lobule de l'oreille et dans deux cas au niveau de la région parotidienne.

Les *Figures* 1 et 2 de la Planche VI représentent un remarquable cas de lupus myxomateux que mes élèves ont longtemps suivi dans mon service.

1. Voir mon *Traité de la Lèpre*, l'Atlas et les Planches correspondantes.

LUPUS SCLÉREUX ET DEMI-SCLÉREUX

Dans une troisième variété, le lupus se présente sous un aspect particulier que j'ai décrit en 1882, en collaboration avec E. Vidal, sous le nom de lupus scléreux. (Voir H. Leloir et E. et Vidal. Comptes rendus de la Société de Biologie. novembre 1882) (1).

Voici en quelques mots l'aspect clinique de cette variété atypique du lupus vulgaire. Il faut avoir bien soin de ne pas la confondre avec ce mode de terminaison du lupus vulgaire que j'ai décrit sous le nom de lupus sclérosé.

Le lupus sclérosé est un mode de terminaison, de régression, de guérison du nodule lupeux au même titre que la résorption interstitielle. Le lupus scléreux, au contraire, est une variété éruptive du lupus vulgaire. Je n'insiste pas sur cette différence capitale que j'ai suffisamment expliquée plus haut (page 58 et suivantes).

Le lupus scléreux peut être primitif ou secondaire au lupus tuberculeux vulgaire.

Dans sa forme primitive, il est caractérisé cliniquement par l'apparition de tubercules qui présentent d'abord l'aspect de taches rougeâtres. Celles-ci s'agrandissent et bientôt se montrent des tubercules durs, circonscrits, d'un rouge vineux ou violacé. Ainsi se trouvent constitués des placards lupeux dont le diamètre varie depuis celui d'une pièce de 2 francs, de 5 francs, à celui de la paume de la main. Ces placards émergent tantôt directement de la peau saine, tantôt, au contraire, ils sont bordés par une zone rose, rouge ou livide, quelquefois légèrement desquamante.

Ces placards s'étalent et prennent un aspect mamelonné. Ils se recouvrent d'un épiderme sec, rugueux, blanchâtre ou grisâtre, semé parfois de petits points noirâtres correspondant au sommet des papilles hypertrophiées et rappelant alors

1. Cette variété de lupus fut mentionnée en 1860 par Hardy dans son traité des maladies de la peau sous le nom de scrofulide verruqueuse. Elle fut étudiée ensuite par Mac Call Anderson en 1877, à la page 220 de sa lecture XVI on *Clinical Médecine* sous le nom de Lupus verrucosus ou scrofuloderma verrucosum. Le Lupus corné de Lang, sous-variété du Lupus papillaire verruqueux de Kaposi, comprend aussi notre Lupus scléreux, mais ne lui correspond pas absolument.

E. Vidal et moi avons adopté la dénomination de Lupus scléreux (Leloir et Vidal. Comptes rendus de la société de Biologie, 1882), à cause de la consistance particulière de ce Lupus et en raison de ses caractères histologiques. Nous avons en effet montré que c'est un lupôme fibreux, qui par ses caractères histologiques est au lupôme du lupus vulgaire ce que le tuberculôme fibreux du poumon décrit par Charcot, Grancher et Cornil est au tuberculôme vulgaire de cet organe.

Plus tard en 1883, E. Vidal a publié dans les *Annales de Dermatologie* un important travail d'ensemble sur le lupus scléreux, lequel confirme et développe nos premières recherches publiées en 1882, sur ce sujet.

Une série de recherches expérimentales et bactériologiques, entreprises par moi depuis 1883 pour savoir si cette variété de Lupus était d'essence tuberculeuse (ce qui était nié par plusieurs auteurs et n'avait pas encore été démontré) m'amenait à cette conclusion que : le Lupus scléreux est une variété atténuée de la tuberculose du tégument. Il est bien, et au point de vue spécifique et au point de vue anatomique, au Lupus vulgaire ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose vulgaire de cet organe (H. Leloir. *Congrès international de la Tuberculose.* Juillet 1888. *Bulletin médical* 1888, et *Annales de Dermatologie* 1888).

Le Lupus scléreux n'avait pas encore été décrit au niveau des muqueuses. Je l'ai observé au niveau de la langue, de la face interne des lèvres, du pharynx et du larynx. Nous en reparlerons plus loin à propos du Lupus des muqueuses, de l'anatomie pathologique et des inoculations expérimentales du lupus.

certaines variétés de lichen plan hypertrophique, comme chez un malade que j'ai pu étudier en détail au point de vue clinique, histologique, bactériologique et dont l'affection se trouve reproduite à la *Figure* 4 de la PLANCHE II.

L'on voit apparaître en certains points des saillies papillomateuses, verruqueuses, recouvertes d'un épiderme demi-cornifié plus ou moins épais, parfois blanchâtre et d'apparence calcaire, d'autres fois grisâtre et même noirâtre. (Voir *Figure* 1, PLANCHE II, et *Figure* 2, PLANCHE IV.)

Ces placards, en général arrondis ou ovalaires, sont assez souvent allongés dans le sens des doigts et des membres. Ils sont d'autres fois irrégulièrement polycycliques ou tout à fait irréguliers. L'état papillomateux de leur surface, la consistance de ces papillômes, l'hyperkératinisation de l'épiderme qui les recouvre est variable à l'infini, suivant l'ancienneté du lupus, son état plus ou moins scléreux, les lésions dermiques et épidermiques secondaires, etc., etc. »

Dans ces derniers temps, Besnier et Doyon en ont décrit les variétés suivantes :

« *a*) — Très petits groupes de saillies granuleuses grisâtres, fines, à bords « irréguliers ou polycycliques, limités par un liséré rouge livide.

« *b*) — Placards plus étendus, ronds ou ovales, le centre libre ou non, la péri- « phérie occupée par des granulations papillomateuses cornées sèches, avec une « très légère rougeur interstitielle.

« *c*) — Plaques élevées de quelques millimètres à 1 centimètre, granitées sur « toute la surface de végétations papillomateuses du volume d'une tête d'épingle, « plâtreuses, laissant apercevoir dans les interstices le fond livide et quelques « rhagades, mais la surface étant complètement sèche. Les végétations se dispo- « sent en groupes secondaires formant de petits îlots fissurés, dont la réunion « constitue la plaque.

« *d*) — Disques verruqueux, dont le grain peu abondant laisse voir le fond « rouge, relégués aux extrémités d'une cicatrice ancienne, livide ; le bord est « irrégulier ou multicerclé, fin, formant une ligne rouge bordée par un soulève- « ment dermique, squameux ou finement granité, zone de progression. Le centre « peut être libre, cicatriciel ou au contraire élevé ou presque fongueux.

« *e*) — Grandes plaques du dos de la main, du doigt ou des membres, recou- « vertes d'un granité plâtreux d'une épaisseur invraisemblable, atteignant deux « centimètres et plus, fissurées, fendillées, formant de véritables monticules « analogues à ceux que l'on observe dans certains cas de psoriasis du cuir chevelu, « et quelquefois même hérissées de véritables cônes stalactiformes. Dans quel- « ques sous-variétés à très larges plaques bordées par un liséré lilas ou livide « léger, la surface plâtreuse est d'un gris sale, marquetée de fissures circons- « crivant des ilôts polyédriques, qui sont eux-mêmes finement fissurés et gra- « nités, etc., etc. ». (Besnier et Doyon).

Au niveau des plis cutanés, des régions intertrigineuses, surtout chez les personnes sales, le lupus scléreux papillomateux, perdant sa carapace d'épiderme hyperkératinisé, sec, présente l'aspect des papillômes humides, suintants et fétides. J'ai vu, en 1884, un bel exemple de cette transformation, bien propre à

démontrer la relation qui existe entre le lupus et la tuberculose cutanée franche. Autour d'une fistule anale tuberculeuse, qui laissait sécréter un pus assez abondant, dans lequel j'ai pu constater l'existence de bacilles de la tuberculose, il s'était développé un placard de lupus papillomateux des plus caractéristiques. Il faut noter en outre que le sujet était porteur d'un placard de lupus scléreux au niveau de la face dorsale de l'index et du médius de la main droite. Ici le lupus scléreux papillomateux était fortement corné. Le sujet étant phtisique, l'on peut se demander s'il ne s'était pas inoculé lui-même le tégument de la main.

Ces mamelons, ces saillies verruqueuses sont séparés par des sillons, de véritables crevasses. Les crevasses, les fissures, peuvent s'ulcérer et sécréter un liquide séro-purulent, parfois un peu sanguinolent. C'est le lupus scléreux, sous-variété papillomateuse. Entre ces saillies papillomateuses, l'on trouve souvent des crevasses, des exulcérations, des foyers de suppuration. Les agents de la suppuration sont venus adjoindre leur action à celle du bacille de la tuberculose. Ainsi se produisent de petits foyers miliaires de suppuration, voire même de petits phlegmons interstitiels miliaires.

A la pression, on fait sourdre entre les saillies papillomateuses, de nombreuses petites gouttelettes de pus, pus quelquefois sanguinolent. Dans certains cas, ces petits foyers gommeux miliaires sont tellement nombreux, que l'on fait sourdre à la pression le pus comme au travers d'un tamis, d'une pomme d'arrosoir, comme dans l'affection que j'ai décrite en 1884, dans les *Annales de Dermatologie*, sous le nom de Périfolliculites suppurées et conglomérées en placards.

Exceptionnellement, il se produit des poussées inflammatoires lymphangitiques, au niveau de tout le placard. Dans ces cas, le caractère essentiellement chronique du mal est masqué momentanément par ces phénomènes d'inflammation aiguë. Mais l'inflammation disparue, l'affection reprend son évolution et son aspect primitifs. Elle est devenue peut-être seulement plus croûteuse.

Au bout d'un certain temps, les parties primitivement atteintes tendent vers la régression, se flétrissent à la longue et finissent souvent par s'affaisser, laissant une cicatrice blanche autour de laquelle se forment de nouveaux tubercules indurés, parfois croûteux. « Ainsi, dit E. Vidal dans son mémoire de 1883, il se « forme, au centre même des plaques, une cicatrice qui s'étend progressivement « vers la périphérie, en suivant la production lupeuse dans sa marche serpigineuse « et excentrique. Ce processus cicatriciel peut quelquefois envahir en un point les « bords de la plaque et donner ainsi à la lésion l'apparence d'un fer à cheval ».

Le placard lupeux peut guérir en entier spontanément. Ce fait est rare. On voit alors les saillies verruqueuses du placard lupeux s'affaisser, et au bout d'un temps plus ou moins long, il ne persiste plus qu'un placard de tissu scléreux, parfois surélevé, d'autres fois, au contraire, un peu déprimé, à surface lisse et blanche ou un peu violacée. Le lupus scléreux a subi la régression fibreuse complète; il s'est sclérosé. (Voir page 58.) De nouveaux tubercules de récidive pourront d'ailleurs se montrer dans cette cicatrice.

Telle est la forme classique du lupus scléreux primitif.

Dans d'autres cas, le lupus scléreux se manifeste sous forme de placards plus ou moins grands, variant du diamètre d'une pièce de 2 francs à celui de la paume de la main, plus ou moins surélevés, à surface presque lisse ou très légèrement mamelonnée et rappelant parfois la surface d'un placard de lichen plan d'un rouge violacé. L'épiderme qui recouvre ces placards est luisant, comme vernissé, il est parfois le siège d'une légère desquamation pityriasiforme ou lamelleuse. On n'observe pas ici de productions cornées comme dans la sous-variété papillomateuse précédente. (Voir Planche III, *Figure* 3.)

Si l'on saisit entre les doigts le placard lupeux qui forme comme une sorte de galette dure, rappelant la consistance du chancre infectant, on est frappé de son épaisseur et de sa profondeur. On sent nettement que le lupus scléreux a envahi non seulement tout le derme, mais l'hypoderme.

Comme l'a justement fait remarquer E. Vidal, il faut enfoncer le scarificateur (si l'on traite le lupus par ce procédé), jusqu'à près de un centimètre de profondeur et plus pour atteindre les limites de la néoplasie.

Cette sous-variété plane, en galette, à surface presque lisse du lupus scléreux, est beaucoup plus profonde que la variété classique papillomateuse, laquelle ne dépasse guère en général les limites du derme, comme nous le verrons au chapitre : « Anatomie pathologique ». On pourrait lui donner le nom de : *lupus scléreux* sous-variété *plane profonde* et qualifier l'autre de : *lupus scléreux*, sous-variété papillomateuse.

E. Vidal pense que, dans cette sous-variété profonde, la transformation fibreuse se fait de la superficie vers les couches les plus profondes du derme, de haut en bas. Mes recherches anatomo-pathologiques nouvelles et multipliées, ne me permettent pas sur ce point, d'accepter l'opinion de mon savant collaborateur et ami.

Dans les deux sous-variétés de lupus scléreux que je viens de décrire, la sclérose semble se faire d'une façon assez variable et irrégulière suivant les cas.

Le *lupus scléreux secondaire* s'observe plus fréquemment que le lupus scléreux primitif.

Dans ce cas, l'on voit un placard de lupus vulgaire s'indurer, devenir mamelonné, puis papillomateux, et présenter finalement, soit dans sa totalité, soit en partie, l'aspect que nous venons de décrire à propos de la sous-variété papillomateuse du lupus scléreux primitif.

On peut observer parfois sur le même malade tous les degrés de passage entre le lupus vulgaire classique et les différentes sous-variétés du lupus scléreux. Telle l'observation suivante d'un malade que j'ai longtemps observé dans ma pratique privée, alors que j'exerçais à Paris en 1882.

OBSERVATION (Voir *Figures* 1 et 2, Planche IV).

Bl..... Pierre, 26 ans, est né, dit-il, de parents bien portants. Ils ont été trois enfants dans la famille. L'un, l'aînée , est mort de méningite tuberculeuse à l'âge de 4 ans. L'autre, un garçon, est mort phthisique à l'âge de 22 ans.

Lui a été fort sujet aux maux d'yeux, aux gourmes, aux glandes, aux rhumes de cerveau chroniques pendant sa jeunesse.

Il présente actuellement encore une apparence bouffie, pâle, une hypertrophie de la lèvre supérieure prononcée. En un mot, c'est un beau type de lymphatique.

Cicatrice d'écrouelle au niveau de la région sous-maxillaire gauche. Cette écrouelle ne se serait cicatrisée, dit-il, qu'à l'âge de 10 ans, après avoir été traitée au moyen de pommades diverses prescrites par un médecin qui lui a ordonné en outre de prendre beaucoup d'huile de foie de morue.

Depuis lors, il prétend s'être toujours bien porté jusqu'à l'apparition de son lupus, qui s'est montré à l'âge de 16 ans, c'est-à-dire en 1872.

Ce lupus a débuté par un bouton gros comme une pièce de 1 franc, situé sur la face dorsale de la main. La lésion ne tarda pas à s'étendre, à devenir saillante, papillomateuse; elle se couvrit d'un épiderme corné. Elle avait ainsi, en 1876, envahi une partie de la face dorsale de la main, les doigts et le poignet. Elle demeura stationnaire jusqu'en 1880. A partir de ce moment, elle reprit sa marche extensive pour atteindre l'étendue et l'aspect que j'y constatais en janvier 1882, et qui se trouve représenté dans la *Figure* 1 de la PLANCHE II, d'après une aquarelle que m'en a faite M. Karmanski. C'est un lupus scléreux papillomateux primitif typique avec végétations papillomateuses recouvertes d'épiderme corné épais.

En 1879 il voit survenir de nouveaux placards lupeux en différents points du corps.

Sur l'avant-bras, à sa région antérieure et moyenne, se montrent deux boutons nouveaux, dont l'un, après s'être étendu, se cicatrise en 1878, laissant après lui une cicatrice blanche un peu irrégulière, grande comme une pièce de 5 francs.

D'après le dire du malade, la lésion rappelait alors absolument celle qu'il porte encore actuellement au niveau de la région antérieure de l'avant-bras (1/3 supérieur); du pli du coude, et du bras (1/3 inférieur) et qui n'est autre chose qu'un vaste placard de lupus tuberculeux classique à tubercules sucre d'orge, affectant une disposition circinée, une marche serpigineuse, dont le centre cicatriciel correspond à peu près à la région du pli du coude. Quelques-uns des tubercules qui forment le bourrelet d'envahissement de ce lupus serpigineux sont au niveau du bras, légèrement ulcéro-croûteux, avec ulcération un peu végétante.

Sur la région antérieure de la cuisse droite apparaît un bouton qui s'agrandit très lentement et présente, quand je le vois pour la première fois en janvier 1882, l'apparence d'un lupus scléreux plan profond, à centre cicatriciel, à marche très lentement excentrique, serpigineuse et envahissante.

En-dessous de ce placard lupeux se trouvaient 5 à 6 nodules lupeux tuberculo-croûteux fortement suppuratifs, présentant tous les caractères du lupus tuberculo-gommeux nodulaire.

Notons enfin que quelques mois plus tard, il s'est développé au niveau de la région externe du menton, à droite, un placard de lupus papillomateux. Il est à remarquer que le malade, ainsi qu'il me l'a fait remarquer lui-même, avait la mauvaise habitude de frotter son menton avec la face dorsale de sa main malade.

Ce qui montre bien que le lupus scléreux est une variété atypique évolutive du lupus vulgaire, c'est que (comme l'a si bien remarqué E. Vidal), quand on le racle dans un but thérapeutique, on voit apparaître dans la cicatrice de la plaie de raclage, de petits tubercules mous et sucre d'orge de lupus vulgaire.

D'ailleurs la marche du lupus scléreux montre malheureusement trop qu'il ne s'agit pas ici d'un processus de régression ou de guérison.

Sa marche est essentiellement chronique, elle est identique à celle du lupus vulgaire non exedens chronique. La guérison spontanée est excessivement rare.

Le mal se développe lentement, progressivement, s'étalant par ses bords, se

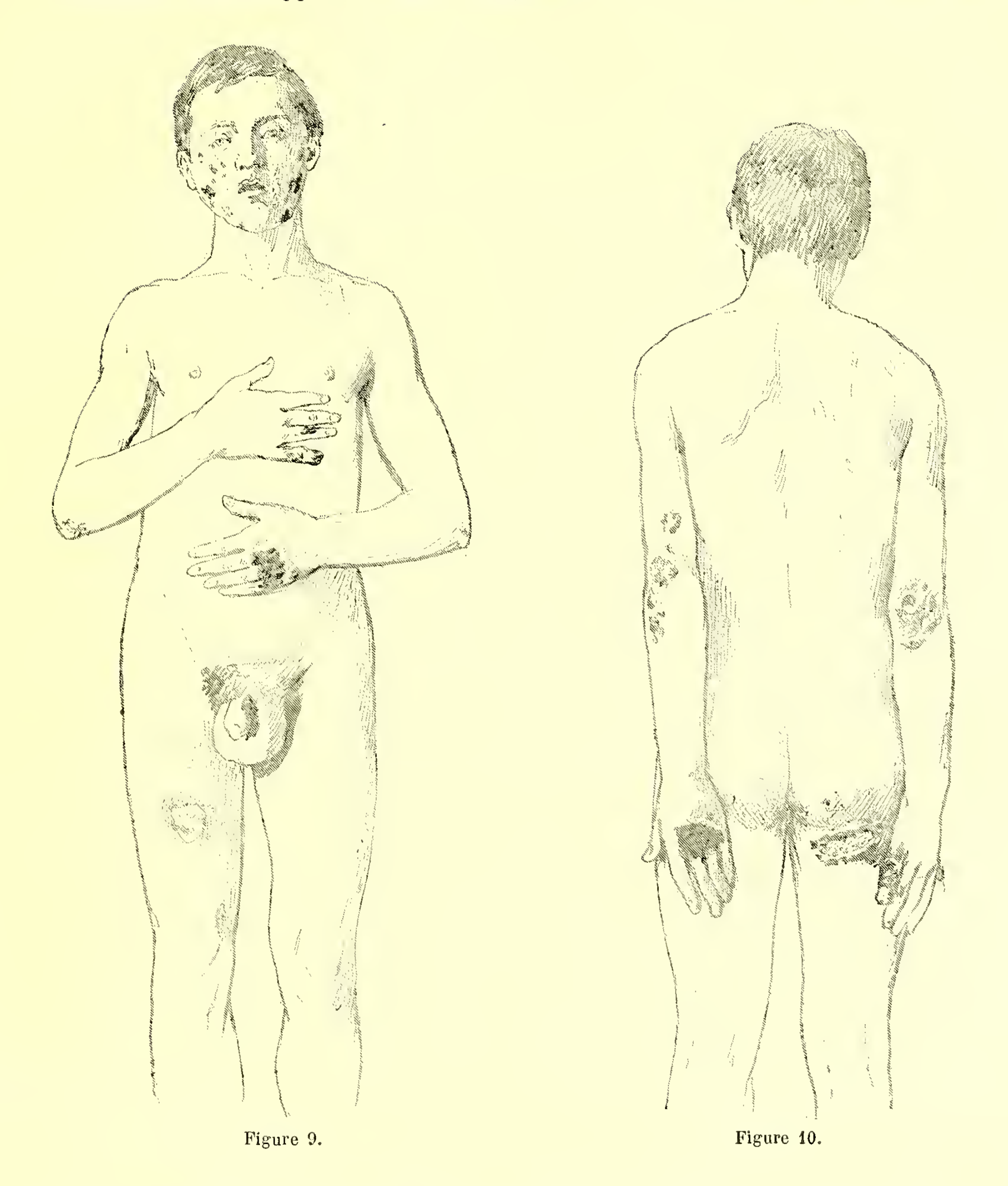


Figure 9.

Figure 10.

Ces figures représentent la région antérieure et la région postérieure du corps d'un jeune homme de 20 ans, qui se trouvait en 1891 dans ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur et sur toute la surface cutanée duquel se trouvaient disséminés 14 placards de lupus scléreux et demi-scléreux. Ces différents foyers lupeux furent complètement guéris au bout de 3 mois par la méthode que j'emploie habituellement.

cicatrisant à son centre ou en un point de sa surface, suivant une marche très lentement serpigineuse. Jamais il ne suit une marche aiguë.

Jamais il ne se transforme en lupus exedens galopant, en lupus phagédénique, ou en lupus vorax.

Si l'art n'intervient pas, le lupus scléreux dure des années, des dizaines d'années, il peut même persister indéfiniment. Les cicatrices qu'il laisse à sa suite ne sont jamais très difformes ; elles sont blanchâtres, assez lisses, un peu déprimées.

Le lupus scléreux se développe surtout au niveau des membres supérieurs et inférieurs et en particulier au niveau des extrémités (orteils, doigts, mains, pieds, poignets, cou-de-pied) et presque uniquement à la face dorsale de celles-ci.

Il est tout à fait exceptionnel au niveau des régions palmaires et plantaires. Cependant je l'ai observé deux fois, exclusivement localisé sous la variété papillomateuse à la paume d'une main (main droite) voir *fig.* 15, page 125) et une fois sous le même aspect, localisé uniquement à la région plantaire moyenne du pied gauche.

Je l'ai observé aussi au niveau des avant-bras (Voir *Fig.* 1, PLANCHE II), des coudes (Voir *Fig.* 9 et 10, page 93), des cuisses, des genoux, des jambes, des fesses (Voir *Fig.* 9 et 10, page 93).

Je l'ai observé à la face (Voir *Fig.* 4, PLANCHE II et *Fig.* 1, PLANCHE V).

Il est parfois multiple et disséminé sur toute la surface cutanée (Voir *Fig.* 9 et 10, page 93).

Au niveau des membres inférieurs atteints d'altération éléphantiasiforme, il présente souvent l'aspect de placards ou de bandes papillomateuses.

Il est possible que l'envahissement plus ou moins profond du derme et de l'hypoderme par le lupus scléreux, en comprimant les vaisseaux, joue un rôle assez marqué dans la production de l'œdème dur éléphantiasiforme.

Comme le lupus ordinaire, il se montre le plus souvent pendant l'enfance ou l'adolescence.

Chose bizarre, remarquée par E. Vidal, et que j'ai depuis pu vérifier plusieurs fois, les hommes semblent plus souvent atteints que les femmes. C'est là un fait curieux, car le lupus vulgaire est plus fréquent, comme on le sait, chez la femme que chez l'homme. Cela tiendrait-il à ce que cette variété de tuberculose tégumentaire que l'on observe surtout aux extrémités aurait pour cause la profession du sujet.

Le lupus scléreux est d'ordinaire indolent spontanément comme toutes les tuberculoses locales ; mais en revanche, il est assez fréquemment très douloureux à la pression.

Appendice au lupus scléreux.

A. — *Tuberculosis verrucosa cutis de Riehl et Paltauf* (*Lupus demi-scléreux papillomateux superficiel à tendance suppurative.*)

B. — *Tubercule anatomique.*

A. — Sous le nom de tuberculosis verrucosa cutis, Riehl et Paltauf ont décrit en 1886 une affection qui doit être considérée comme une variété du lupus scléreux que j'ai décrit en 1882 avec E. Vidal, ainsi que l'admettent également avec raison Brocq, dans son traité des maladies de peau et Besnier, et Doyon dans leur nouvelle traduction de Kaposi.

Je pense que la tuberculosis verrucosa cutis doit être considérée comme un lupus demi-scléreux papillomateux superficiel à tendance suppurative.

Cette affection a été observée surtout chez les sujets vigoureux dans la force de l'âge, ayant pour la plupart des occupations qui les mettent en contact avec les animaux domestiques ou les substances animales. Elle paraît devoir être considérée comme une tuberculose par inoculation. Elle siège d'ordinaire à la face dorsale des mains et des doigts ou dans l'interstice de ces derniers, plus rarement à la paume des mains ou dans les régions avoisinantes des poignets. Elle rappelle beaucoup au point de vue clinique le lupus scléreux papillomateux ou les verrues irritées et enflammées.

Elle se présente sous forme de placards de dimensions variables, arrondis, ou serpigineux par confluence de plusieurs placards primitifs. L'extension du placard se fait toujours par le développement de nouvelles lésions à sa périphérie, alors que sa partie centrale représente l'altération à son degré le plus avancé ou déjà en rétrocession.

Si l'on étudie un placard en voie d'accroissement excentrique, on constate à sa périphérie un liséré érythémateux en dedans duquel se trouve une zone où existent de petites pustules ou croûtelles. A mesure que l'on se rapproche du centre, les altérations sont plus prononcées. Ce centre fait au-dessus de la peau une saillie de 2 à 5 millimètres. Sa surface irrégulière présente un aspect papillomateux. Dans l'intervalle des papillômes se voient des rhagades, des érosions et des pustules par lesquelles la pression fait sourdre comme d'un écumoir de petites gouttelettes de pus. (Voir Planche VIII, *Fig.* 5.)

Plus tard, l'altération cutanée rétrocède et les papillômes finissent même par disparaître, laissant à leur place une cicatrice squameuse mince et superficielle, surtout remarquable par son aspect criblé et réticulé. Cette affection est douloureuse à la pression. Sa durée est très longue.

C'est avec la maladie que j'ai décrite en 1884 dans les *Annales de Dermatologie* sous le nom de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards que, suivant Riehl et Paltauf, la tuberculosis verrucosa cutis présenterait la plus grande analogie. Ces auteurs se demandent même si l'affection que j'ai étudiée (en particulier les variétés papillomateuses de cette affection que j'ai décrites dans mon mémoire de 1884) ne sont pas des variétés aiguës de la tuberculosis verrucosa cutis.

Je pense que l'affection que j'ai étudiée en 1884, sous le nom de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards doit être distinguée de la tuberculosis verrucosa cutis, décrite en 1886, par Riehl et Paltauf.

En effet, elle est essentiellement aiguë ou subaiguë et est en rapport avec une variété particulière de micrococci et non avec le bacille de la tuberculose.

B. — Tubercule anatomique.

C'est avec certaines variétés du tubercule des anatomistes que la tuberculosis verrucosa cutis de Riehl et Paltauf présente la plus grande analogie. Cela se comprend du reste, car le tubercule des anatomistes doit être, dans certains cas, considéré comme une tuberculose de la peau, comme l'ont montré Verneuil, Besnier, Vidal, Verchère, Riehl, Finger, Merklen, Karg, Leloir, Reverdin et Mayor, Sanguinetti, Lefèvre, Dubreuilh et Auché, etc., etc.

Au point de vue clinique, le tubercule des anatomistes, la verruca necrogenica, rappelle absolument certaines variétés de lupus demi-scléreux papillomateux.

Comme le fait excellemment remarquer Brocq, elle commence sous la forme d'une petite ulcération qui persiste un certain temps, se recouvre de croûtes et devient papillomateuse, ou bien sous celle d'une saillie papuleuse, dure, rouge, qui se surmonte d'une croûte au-dessous de laquelle la surface malade prend un aspect irrégulier. Peu à peu la lésion s'étend en surface, gagne en profondeur, se hérisse de saillies papillaires marquées, engainées le plus souvent de croûtes adhérentes et simule alors un papillôme corné.

Les bords en sont assez nets, saillants, arrondis ou serpigineux. La lésion peut revêtir uniquement l'aspect d'un papillôme sec, ou bien présenter çà et là de petits foyers de suppuration. Parfois le centre s'affaisse, tandis que le processus morbide conserve toute son activité à la périphérie.

Le tubercule anatomique, qui est dans quelques cas fort douloureux, est parfois indolent. On l'a vu donner lieu à des foyers d'infection tuberculeuse secondaires, le long des lymphatiques et des ganglions de l'avant-bras, du bras et de l'aisselle. Une tuberculose viscérale mortelle peut en résulter.

Au point de vue histologique, il y a identité presque absolue avec le lupus scléreux papillomateux superficiel et en particulier avec la tuberculosis verrucosa cutis ; l'on a pu y trouver dans plusieurs cas des bacilles de la tuberculose. (Riehl, Finger, Reverdin et Mayor, Leloir, etc., etc.).

Dans une observation de tubercule anatomique, excisé chez un étudiant, et qui simulait absolument le lupus demi-scléreux papillomateux, j'ai trouvé quelques bacilles tuberculeux très nets, et j'ai pu, en inoculant des parcelles de cette lésion dans le péritoine de cobayes et dans l'œil d'un lapin, obtenir des tuberculoses par inoculation très nettes et inoculables en série. J'ai communiqué ce fait sur sa demande en avril 1889 au regretté Damaschino.

Mais le tubercule des anatomistes doit-il toujours être considéré comme une tuberculose par inoculation, voisine du lupus scléreux? Je ne le pense pas et je dois rappeler à ce propos que Cornil et Ranvier, Pollosson, etc., disent avoir cherché en vain le bacille de la tuberculose dans le tubercule anatomique.

Quelques recherches histologiques et expérimentales que j'ai entreprises dans ce sens me porteraient plutôt à croire, ainsi que je l'ai dit dans mes cliniques de 1885, que dans certains cas, ce que l'on désigne sous le nom de tubercule des anatomistes est en relation non pas avec le bacille de la tuberculose, mais avec certains micrococci du groupe des staphylocoques et des streptocoques.

Le tubercule anatomique devrait donc être considéré comme un papillôme nécrobiotique, secondaire probablement à une inoculation microbienne, le microbe pathogène pouvant être tantôt le bacille de la tuberculose, tantôt au contraire certaines variétés de micrococci. L'on verrait ainsi une fois de plus des agents dissemblables déterminer du côté de la peau des lésions cliniquement semblables.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 286 cas de lupus, j'ai observé 32 cas de lupus scléreux. Les placards étaient ainsi localisés.

Tête	Face	Front			= 2 fois.
		Paupières	supérieure	droite	= 0 fois.
				gauche	= 1 fois.
			inférieure	droite	= 0 fois.
				gauche	= 1 fois.
		Nez	aile	droite	= 1 fois.
				gauche	= 0 fois.
			bout		= 1 fois.
			totalité		= 5 fois.
		Régions	zygomatiques	droite	= 4 fois.
				gauche	= 4 fois.
			naso-génienne	droite	= 8 fois.
				gauche	= 3 fois.
			massétérine	droite	= 3 fois.
				gauche	= 2 fois.
		Sourcil	droit		= 1 fois.
			gauche		= 1 fois.

TÊTE.	Face.	Lèvre	supérieure	= 4 fois.
			inférieure	= 0 fois.
		Menton		= 1 fois.
	Oreilles	droite		= 0 fois.
		gauche		= 0 fois.
	Cuir chevelu			= 0 fois.
COU	Régions	sous-maxillaire	droite	= 3 fois.
			gauche	= 3 fois.
		sterno-mastoïdienne	droite	= 2 fois.
			gauche	= 1 fois.
		sus-claviculaire	droite	= 0 fois.
			gauche	= 0 fois.
		Nuque		= 0 fois.
TRONC	Face	antérieure		= 0 fois.
		postérieure		= 0 fois.
MEMBRES SUPÉRIEURS	Bras	gauche		= 4 fois.
		droit		= 10 fois.
	Avant-bras	droit		= 10 fois.
		gauche		= 9 fois.
	Mains	gauche, face	dorsale	= 9 fois.
			palmaire	= 2 fois.
		droite, face	dorsale	= 20 fois.
			palmaire	= 1 fois.
	Doigts, face dorsale	droite		= 7 fois.
		gauche		= 5 fois.
FESSE	droite			= 4 fois.
	gauche			= 2 fois.
MEMBRES INFÉRIEURS	Cuisse	droite		= 6 fois.
		gauche		= 4 fois.
	Genou	droit		= 3 fois.
		gauche		= 3 fois.
	Jambe	droite		= 5 fois.
		gauche		= 15 fois.
	Pied	droit, face	dorsale	= 8 fois.
			plantaire	= 0 fois.
		gauche, face	dorsale	= 3 fois.
			plantaire	= 1 fois.
		Orteils	droits	= 1 fois.
			gauche	= 1 fois.

Lupus vulgaire erythématoïde.

S'il est une question concernant le lupus qui soit l'objet d'interminables discussions entre les dermatologistes, c'est assurément celle des relations qui unissent le lupus vulgaire au lupus érythémateux.

Il semble être certain que le lupus vulgaire et le lupus érythémateux constituent deux affections essentiellement distinctes au point de vue clinique, comme l'ont bien montré Rayer, Biett, Cazenave, Hebra, Kaposi, Vidal, C. Bœck, Leloir, etc.; au point de vue histologique comme l'ont montré Hebra, Kaposi, Geber, Thin, Leloir et Vidal, Robinson, etc.; enfin au point de vue expérimental (lisez spécifique) comme je l'ai montré dernièrement (H. Leloir, *Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux. Archives de physiologie*, 1890. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890). Toutefois certains faits cliniques pourraient faire supposer que la distinction établie entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux n'est pas aussi nettement tranchée qu'on le pense.

C'est en s'appuyant sur ces faits qu'un certain nombre de dermatologistes, et en particulier Ernest Besnier, se sont basés pour faire du lupus vulgaire et du lupus érythémateux deux affections de même nature, provenant de l'action du même agent spécifique, le virus scrofulo-tuberculeux.

Cette opinion défendue avec son talent habituel par le savant dermatologiste de Saint-Louis, E. Besnier, est évidemment très séduisante. Mais en ce qui me concerne, et je pense qu'actuellement la plupart des dermatologistes sont de mon avis, je ne puis pas l'accepter encore à l'heure présente.

Comme je l'ai montré dans le travail précité, le critérium anatomo-pathologique, le critérium bactériologique, le critérium expérimental, nous forcent à considérer, dans l'état actuel de la science, le lupus vulgaire et le lupus érythémateux vrai, comme deux affections de nature et d'essence différentes, comme deux maladies distinctes.

La cause principale de la relation que l'on a voulu établir entre le lupus vulgaire et le lupus érythémateux vrai, tient à ce que dans certains cas le lupus vulgaire peut, dans son aspect clinique, singer le lupus érythémateux.

Comme je l'ai dit et montré depuis 1885 à l'hôpital Saint-Sauveur et comme je l'ai exposé dans ma clinique faite le 18 novembre 1885 dans cet hôpital, le lupus vulgaire peut, dans certains cas, lorsque l'infiltration lupômateuse confluente, étalée, siège dans les régions superficielles du derme, simuler le lupus érythémateux.

J'ai donné à cette variété de lupus vulgaire, simulant le lupus érythémateux, le nom de Lupus vulgaire érythématoïde (H. Leloir, Clinique de l'hôpital Saint-Sauveur, 18 novembre 1885; recherches sur l'histologie et la nature du lupus érythé-

mateux (Archives de Physiologie, 1890 : — Leçons sur le lupus (Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1890).

Ce sont probablement ces formes atypiques de lupus vulgaire érythématoïde, qui ont fait dire à plusieurs dermatologistes que dans certains cas le lupus érythémateux peut se transformer en lupus vulgaire.

Depuis que l'expérience m'a appris à connaître le lupus vulgaire érythématoïde, je n'ai plus assisté à une pareille transformation. Il me semble donc utile de fixer d'une façon nette les caractères de cette variété du lupus vulgaire.

Le lupus vulgaire érythématoïde se montre d'ordinaire à la face. Dans des cas exceptionnels, je l'ai observé au cou et sur le tronc. Je n'en ai jamais vu d'exemple sur les membres.

Il se présente sous l'aspect d'un placard plus ou moins grand, parfois de 2 ou 3 placards débutant en général sur une joue, d'ordinaire unilatéraux, mais pouvant dans certains cas, envahissant le nez et les deux joues d'une façon symétrique, présenter l'aspect classique en papillon ou en chauve-souris de certains lupus érythémateux, du vespertillio de Balmano-Squire. Ce placard présente une rougeur plus ou moins vive, congestive, disparaissant en partie par la pression.

Quand on examine cette surface attentivement à l'œil nu ou mieux au moyen de la loupe, elle paraît comme marbrée par une sorte de quadrillage d'un rouge brunâtre ou violacé, au milieu des mailles duquel on trouve de petits points blanchâtres ou jaunâtres. Il existe parfois de fines arborisations vasculaires plus ou moins abondantes, surtout à la périphérie du placard.

La surface érythémateuse est parfois çà et là légèrement desquamante et même recouverte de petites croûtelles lamelleuses d'aspect parfois un peu séborrhéique. Ces lésions épidermiques s'observent surtout à la périphérie du placard.

Le placard fait une légère saillie, marquée surtout à la périphérie. Son centre, surtout lorsque le placard est déjà assez ancien, est plutôt déprimé, comme enfoncé par une impression digitale, par suite de la tendance à la cicatrisation par résorption interstitielle, qui se fait à ce niveau.

Comme on le voit, cet aspect rappelle beaucoup celui de l'érythème centrifuge de Biett. Comme les placards sont parfois disposés d'une façon symétrique sur les joues; comme, ainsi que nous venons de le voir, il se produit à leur niveau un certain degré de séborrhée, ces lésions rappellent beaucoup le lupus érythémateux vrai, l'érythème centrifuge de Biett, la séborrhée congestive de Hebra. Mais il arrive souvent, lorsqu'on tend la peau au niveau de la zone d'extension active du mal, de constater à ce niveau de petits points, de petits nodules miliaires jaunâtres.

Dans bien des cas, il faudra pour les voir, rendre ces nodules plus apparents en humectant la peau avec de l'eau ou mieux encore avec de la glycérine ou de l'alcool. Les nodules se présenteront alors sous un aspect analogue à celui du lupus vulgaire vrai.

Si l'on étudie la consistance de ces petits nodules en les piquant avec le scarificateur, ou en essayant de les énucléer avec la gouje ou la curette, on constatera qu'ils présentent la mollesse gélatiniforme des lupômes.

Ces petits nodules sont très difficilement visibles et n'existent parfois qu'en très petit nombre. Il m'est arrivé de n'en trouver que un ou deux, malgré une recherche attentive. Sous cet aspect, le lupus vulgaire érythématoïde correspond au lupus mixte ou érythémato-tuberculeux de certains dermatologistes. Il peut se faire que ces nodules ne puissent être constatés pendant une certaine période, bien que d'ordinaire il s'en montre quelques-uns pendant l'évolution de ce lupus vulgaire érythématoïde.

Mais, quand on saisit le placard entre les doigts, on constate que la lésion est le siège d'une infiltration profonde, indurée.

Cette induration profonde peut parfois acquérir une consistance presque cartilagineuse, dans une sous-variété de ce lupus vulgaire érythématoide, où les lupômes suivent l'évolution et la marche du lupus vulgaire scléreux et que je propose de désigner sous le nom de Lupus vulgaire scléreux érythématoïde.

L'affection suit une marche très lentement envahissante, extensive, centrifuge. Elle évolue avec la plus grande lenteur, elle peut dans certains cas être bien longtemps localisée dans un seul point du tégument, au niveau d'une seule joue par exemple. Le plus souvent elle n'est pas symétrique. Elle est tenace et très difficile à guérir, malgré son apparence bénigne relativement, et en cela encore elle singe le lupus érythémateux vrai. Cette variété atypique du lupus vulgaire m'a semblé rare chez l'enfant et m'a paru plus fréquente chez l'adulte et les personnes âgées. (Voir *figure* 1 Planche III.)

Dans des cas exceptionnels, l'affection peut guérir spontanément par résorption interstitielle, laissant à sa suite des cicatrices déprimées.

Ces placards ne s'ulcèrent jamais, dans un seul cas j'ai vu se produire à la surface d'un de ces lupus des ulcérations très superficielles. Mais la malade avait été traitée par un médecin de Lille au moyen de pommades irritantes. Dans ce cas, les ulcérations présentaient un aspect légèrement pultacé, quelques-unes étaient un peu surélevées, mollasses et rappelaient au plus haut degré certaines ulcération du lupus exedens superficiel. Elles ne tardèrent pas à se guérir sous l'influence d'un traitement approprié, et le lupus reprit ainsi l'aspect du lupus vulgaire érythématoïde.

Il est important de noter que dans le lupus vulgaire érythématoïde, l'on peut observer à la périphérie du placard une tendance à la cicatrisation, ce qui ne s'observe guère dans le lupus érythémateux vrai. En tous cas, dans le lupus vulgaire érythématoïde, si la cicatrisation se fait souvent en même temps au centre, elle ne se produit pas sous forme de mouchetures disséminées au centre du placard, comme dans le lupus érythémateux vrai.

Lorsque le lupus vulgaire érythématoïde envahit l'oreille, il lui donne un aspect bouffi avec infiltration souvent mollasse, qui ne s'observe pas dans le lupus érythémateux vrai.

Le lupus vulgaire érythématoïde peut envahir le cuir chevelu. Comme pour le lupus vulgaire en général, cet envahissement est très rare et se fait surtout par la nuque, tandis que le lupus érythémateux vrai peut attaquer le cuir chevelu sous forme de plaques isolées, à disposition peladoïde, rondes, disséminées au hasard, sur le vertex et ailleurs.

J'ai cependant vu, en décembre 1890, à l'hôpital Saint-Louis, un malade du service du Dr Hallopeau, le nommé St..... Jules, atteint d'un lupus vulgaire érythématoïde du côté droit de la face, chez lequel il existait au niveau de la région temporo-frontale une plaque à contours bien limités, à centre déprimé cicatriciel, grande comme une pièce de 5 francs, entourée d'une auréole rouge, infiltrée, présentant tous les caractères du lupus érythémateux fixe du cuir chevelu.

J'ai vu dans deux cas, le lupus vulgaire érythématoïde de la face se compliquer d'adénopathies sous-maxillaires non suppurées, mais de nature tuberculeuse, comme j'ai pu le démontrer histologiquement et expérimentalement. (H. Leloir. *Le lupus vulgaire et le système lymphatique* dans *Etudes expérimentales et cliniques sur la Tuberculose*, 1889.)

Le lupus vulgaire érythématoïde peut persister sous cet aspect pendant de très longues années. Dans certains cas, l'on voit survenir, au bout d'un temps d'ordinaire assez long, des nodules lupeux envahissant tout ou partie du placard. L'on croyait dans le temps qu'il s'agissait dans ces cas d'une transformation du lupus érythémateux en lupus tuberculeux.

Ce qui précède démontre bien qu'il n'en est rien et que l'on se trouve tout simplement en présence d'une transformation de l'infiltration diffuse et plane du lupus vulgaire érythématoïde, en une infiltration nodulaire et saillante. Il m'est même arrivé dans deux cas de voir un lupus d'abord purement érythématoïde, se transformer ensuite en lupus vulgaire nodulaire, en partie non exedens, en partie exedens, puis en lupus scléreux, dans un certain nombre de points.

Telle est la description clinique de cette quatrième variété des lupus vulgaires atypiques. Il importait d'en préciser les caractères et de montrer les analogies objectives qui existent entre elle et le lupus érythémateux vrai, analogies bien grandes et qui expliquent la confusion faite souvent entre le lupus vulgaire érythématoïde et le lupus érythémateux vrai. Il importait aussi d'en indiquer les caractères différentiels.

Mais ce n'est pas en m'appuyant sur ces seuls caractères diagnostiques tirés de la clinique, que j'aurais pu me croire autorisé à distraire du groupe des lupus érythémateux cette affection particulière, pour la classer parmi les formes atypiques du lupus vulgaire.

Les inoculations expérimentales, les recherches bactériologiques, l'histologie pathologique m'ont démontré le bien fondé de cette opinion.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 286 cas de lupus, j'ai observé 15 cas de lupus vulgaire érythématoïde. Les placards étaient ainsi localisés :

Tête	Face	Front			= 3 fois.
		Paupière	supérieure gauche		= 4 fois.
			inférieure	droite	= 4 fois.
				gauche	= 4 fois.
		Nez	aile	droite	= 1 fois.
				gauche	= 1 fois.
			bout		= 1 fois.
			totalité		= 4 fois.
		Régions	zygomatique	droite	= 4 fois.
				gauche	= 5 fois.
			naso-génienne	droite	= 5 fois.
				gauche	= 6 fois.
			massétérine	droite	= 8 fois.
			préauriculaire	droite	= 8 fois.
		Sourcil	droit		= 4 fois.
			gauche		= 4 fois.
		Lèvre	supérieure		= 6 fois.
			inférieure		= 6 fois.
		Menton			= 4 fois.
	Oreilles	droite			= 4 fois.
		gauche			= 4 fois.
	Cuir chevelu				= 2 fois.
Cou	Régions	sous-maxillaire		droite	= 4 fois.
				gauche	= 4 fois.
		sterno-mastoïdienne		droite	= 4 fois.
				gauche	= 4 fois.
		sus-claviculaire		droite	= 1 fois.
				gauche	= 0 fois.
	Nuque				= 3 fois.
Tronc	Face	antérieure			= 0 fois.
		postérieure			= 0 fois.
Membres supérieurs	Bras	gauche			= 0 fois.
		droit			= 1 fois.
	Avant-bras	droit			= 0 fois.
		gauche			= 0 fois.
	Mains	gauche, face		dorsale	= 0 fois.
				palmaire	= 0 fois.
		droite, face		dorsale	= 0 fois.
				palmaire	= 0 fois.

Marche et évolution générales de l'éruption du lupus vulgaire.

Telle est la description du lupus vulgaire, étudié au point de vue de sa lésion élémentaire. Il nous faut maintenant dire quelques mots de l'évolution générale et de la marche de l'éruption du lupus vulgaire.

Nous avons vu que le virus lupeux (lisez tuberculeux), en se déposant dans la peau (soit par inoculation extérieure, soit par inoculation intérieure), détermine l'apparition de nodules d'apparence particulière, que nous avons étudiés dans leur évolution comme lésion élémentaire. Ces lupômes, après s'être accrus pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, subissent ensuite des métamorphoses régressives que nous avons étudiées à propos du lupus non exedens et du lupus exedens, et laissent ainsi à leur suite des cicatrices qui sont constantes.

Nous avons vu aussi que l'évolution du processus lupeux est (sauf dans des cas exceptionnels : lupus phagédénique), excessivement lente, chronique, non seulement au point de vue des lésions élémentaires en particulier, mais de la maladie en général.

Cette marche chronique, lente, est absolument caractéristique. Ce n'est pas en quelque semaines, en quelques mois, que le lupus pourra envahir un territoire cutané d'une certaine étendue, labourer une partie de la face par exemple. C'est en plusieurs années.

C'est par dizaine d'années que se chiffre le temps qu'il faut d'ordinaire à un lupus pour parcourir quelques-unes de ses phases ou terminer son évolution complète.

Quelle différence avec les syphilides dont le diagnostic avec le lupus est parfois si difficile ! C'est en quelques mois, parfois en quelques semaines que les syphilides labourent des régions cutanées d'une certaine surface, rongent une partie de la figure, par exemple.

Il ne leur faut pas des années, comme au lupus, pour produire des lésions aussi vastes. Au bout de quelques années, ou bien elles seront guéries, ou bien elles auront labouré des étendues de peau que jamais le lupus ne pourrait envahir en si peu de temps. Le lupus fait lentement, la syphilis fait vite.

En dépouillant les observations recueillies dans ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je vois que sur 312 cas de lupus, j'ai constaté que le lupus dont était atteint le sujet datait de :

2 mois	dans 4 cas.
3 mois	12
6 mois	17
1 an.	18

1 an 1/2	dans 21 cas.
2 ans.	24
3 ans.	15
3 ans 1/2.	3
4 ans.	27
6 ans.	30
7 ans.	10
8 ans.	15
9 ans.	10
10 ans.	27
11 ans.	10
12 ans.	8
13 ans.	2
14 ans.	5
15 ans.	5
16 ans.	4
19 ans.	3
20 ans.	15
23 ans.	3
25 ans.	12
27 ans.	3
33 ans.	3
34 ans.	6

Quelle preuve plus frappante de la lenteur de l'évolution, de la longue durée, de la ténacité du lupus, pourrait-on trouver que le tableau précédent?

L'éruption des lésions élémentaires du lupus se produit d'une façon continue, successive, indéfinie, pendant des semaines, des mois, des années, des dizaines d'années. Il en résulte que les diverses nodosités d'un même placard lupeux ne se montrant pas simultanément, on rencontre sur une région envahie des nodules lupeux à différents degrés de développement.

D'autre part, ainsi que nous l'avons vu, les processus régressifs du lupus exedens ou non exedens sont loin de s'exclure l'un l'autre et peuvent au contraire se rencontrer sur un même placard lupeux.

Aussi peut-on voir sur un même placard lupeux des nodules lupeux à leurs différentes périodes d'évolution ou de régression : petits ou volumineux, les uns en voie de résorption interstitielle, les autres en voie de nécrobiose ulcéreuse, quelques-uns parfois subissant la métamorphose ulcéreuse ; ici des lamelles épidermiques, des squames, là des croûtes d'apparences diverses; ici un ulcère d'aspect très variable, creux ou lisse ou fongueux et végétant ou encore en voie de cicatrisation, là des cicatrices saillantes, bridées ou atrophiques, et même des ilôts de peau restée saine.

L'évolution générale du processus étant continue, successive, indéfinie, de

nouvelles lésions élémentaires surgissant constamment pendant que les autres disparaissent, l'aspect du mal se modifie continuellement.

Le nodule lupeux étant virulent, le mal a de la tendance à se propager par *auto-inoculation* de voisinage, en surface et en profondeur. Aussi le foyer lupeux s'agrandit-il toujours par l'éruption continue ou rémittente de nouvelles nodosités lupeuses.

Cette propagation se fait souvent en surface, excentriquement, formant des cercles de tubercules lupeux qui empiètent de plus en plus sur la peau saine, pendant que le centre du placard se cicatrise d'ordinaire plus ou moins complètement. C'est le lupus serpigineux, qui labourera le plus rapidement et le plus sûrement de vastes territoire cutanés.

Ce lupus, avons-nous vu, peut être exedens ou non exedens.

La propagation peut aussi, comme nous l'avons vu, se faire en profondeur, par les voies lymphatiques le long des vaisseaux et des ganglions. D'ordinaire, elle s'arrête aux aponévroses et au périoste pour se borner à la destruction de l'hypoderme.

Dans certains cas, le périoste peut être détruit, les os, les muscles, les tendons altérés. Quant aux cartilages, ils sont facilement détruits par le processus lupeux.

Les nouvelles éruptions peuvent se faire sans aucun ordre, non pas seulement dans la sphère ou au voisinage du placard primitif, mais à une distance plus ou moins grande de celui-ci.

Le lupus peut s'étendre, en effet, non seulement par propagation centrifuge. Dans certains cas, on voit survenir, à une distance plus ou moins grande d'un placard lupeux primitif ayant persisté assez longtemps, d'autres placards lupeux dont l'apparition pourrait faire songer à des poussées d'origine embolique.

La rapidité de l'extension du lupus ne dépend donc pas seulement de l'accroissement rapide de chacune de ses lésions élémentaires prises isolément, mais du nombre des lésions élémentaires qui font éruption, et de la fréquence de ces éruptions.

Si en général le lupus s'étend très lentement et suit dans sa propagation une marche chronique, il ne faut pas oublier que, dans un certain nombre de cas, le lupus même non exedens, peut suivre une marche rapide, subaiguë, et envahir en quelques années toute la figure ou des régions cutanées étendues des membres. Il faut se rappeler que le lupus exedens peut exceptionnellement suivre une marche aiguë (lupus tuberculo-gommeux galopant) et même suraiguë (lupus phagédénique).

Une fois développée, l'éruption lupeuse persiste d'une façon plus ou moins continue pendant de longues années, des dizaines d'années, souvent même pendant toute la vie, si l'art n'intervient pas.

Il arrive assez souvent que l'intensité du processus diminue légèrement pendant quelques semaines, quelques mois, voire même pendant quelques années. C'est ainsi que l'on verra un lupus exedens devenir non exedens, que l'on cons-

tatera une diminution plus ou moins grande dans le volume ou le nombre des tubercules, et même une disparition presque complète de l'infiltrat lupeux.

Ces périodes de diminution se seraient produites à certaines périodes de l'année chez certains de mes malades. Il en est de même des poussées éruptives (1).

Chez d'autres, elles m'ont paru coïncider avec une modification (soit en mieux, soit en pis) de la santé générale du sujet. Dans plusieurs cas, j'ai vu le processus lupeux s'atténuer, en même temps qu'apparaissaient des signes indéniables d'une tuberculose pulmonaire à marche plus ou moins rapide.

Des arrêts semblables peuvent s'observer dans le cours ou à la suite d'une affection aiguë intercurrente. C'est ainsi que j'ai vu un lupus exedens devenir non exedens et plan à la suite d'une scarlatine, que j'ai vu à la suite d'une variole un lupus végétant (lupus exubérant), s'améliorer au point que pendant la convalescence de ladite variole, le malade paraissait presque guéri ; que j'ai vu dans le cours et à la suite de fièvres typhoïdes graves, se produire une véritable régression dans l'évolution de deux lupus, l'un saillant et non exedens, l'autre ulcéro-croûteux.

Il est vrai que quelques semaines après que ces différents malades furent entrés en convalescence, je vis peu à peu le lupus réapparaître avec son aspect primitif. Quelques mois après, personne n'aurait pu se douter que ces lupus avaient été si profondément modifiés et améliorés par une affection aiguë intercurrente.

Quant aux modifications que détermine l'érysipèle, quand il envahit les surfaces lupeuses, son action modificatrice en bien a été depuis longtemps signalée par les auteurs.

Pour ma part, je n'ai jamais vu de cas de lupus guéri par un érysipèle intercurrent. J'en ai vu de modifiés sous l'influence de cette maladie (lupus exedens rendu non exedens, lupus saillant transformé presque en lupus plan). Mais ces modifications ont toujours été passagères et ne m'ont paru avoir aucune action sur la marche ultérieure du lupus. Bien plus, dans certains cas, j'ai vu ces érysipèles intercurrents donner une sorte de coup de fouet à l'extension et à l'évolution du lupus et paraître jouer un rôle dans la dissémination du virus lupeux (scrofulo-tuberculeux) et dans son absorption par le système lymphatique. (H. Leloir, *Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus et la tuberculose. Annales de Dermatologie*, juin 1888. — H. Leloir, *le Lupus vulgaire et le Système lymphatique. Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1890.)

J'ai noté des phénomènes analogues chez les lépreux. (Voir mon *Traité de la Lèpre*, 1886.)

Enfin chez les vieillards, l'intensité du processus lupeux diminue en général. Devergie avait bien remarqué ce fait quand il disait : « Il reçoit dans certains cas de l'influence de l'âge, chose remarquable, une modification importante, et

(1) Cette influence saisonnière sur les poussées éruptives s'observe également dans la syphilis, comme je l'ai montré à propos des réveils locaux du virus syphilitique. (H. Leloir, *Leçons sur la Syphilis*, 1886, et Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie, Paris, 1889).

en vertu de laquelle il se guérit parfois spontanément ou au moins s'arrête pour ne plus faire de progrès, ce qui dépend, suivant nous, de ce que l'âge et les habitudes de la vie modifient singulièrement le tempérament et la constitution et qu'il agit à l'instar des médications que nous employons dans ce but. »

Quoi qu'il faille penser de l'explication de Devergie, il n'en est pas moins vrai que, très souvent, le lupus, chez les vieillards, est heureusement influencé par l'âge. Chez le vieillard, le lupus exedens est rarement profondément ulcéreux ; on dirait que les ulcérations ont de la peine à se faire dans ces conditions.

Quant au lupus non exedens, il arrive souvent que chez les personnes âgées, il cesse complètement de s'étendre, de se développer, s'affaisse, prenne une teinte livide, ou tende vers la cicatrisation, ou subisse la régression scléreuse que j'ai décrite sous le nom de lupus sclérosé, et guérisse ainsi en partie ou en totalité par les seuls efforts de la nature.

Le lupus des vieillards est rarement hypertrophique, bouffi, œdémateux. Il est souvent plan, exfoliatif, constitué par de petits tubercules enchâssés dans un tissu plus ou moins sclérosé. — Il se présente parfois aussi avec l'aspect particulier que j'ai décrit sous le nom de lupus vulgaire érythématoïde. Cette tendance du lupus à s'atténuer et même à guérir spontanément chez les vieillards me paraît due en partie à la tendance générale que présentent les tubercules à se scléroser chez ces sujets.

Il en est chez eux du lupôme comme du tuberculôme du poumon : ces deux variétés de tuberculômes se sclérosent facilement.

D'autre part, peut-être aussi le grand âge agit-il comme certaines affections intercurrentes qui, en modifiant le terrain, gênent plus ou moins la pullulation du virus tuberculeux.

Enfin, il paraît probable que les modifications que subit la peau des vieillards, modifications souvent si remarquables quand on compare la peau de ces sujets à celle des enfants, doivent également, surtout en diminuant et atrophiant les espaces d'absorption (espaces et vaisseaux lymphatiques, espaces péri-glandulaires, périvasculaires, etc.), en rendant la peau elle-même plus dense, plus fibreuse, plus atrophiée, restreindre la propagation et la pullulation des éléments virulents du lupôme. C'est sans doute à cette cause que l'on doit attribuer la rareté des altérations secondaires du système lymphatique (lymphangites et gommes scrofulo-tuberculeuses, adénopathies scrofulo-tuberculeuses) chez les vieillards et peut-être aussi la grande rareté de la tuberculose pulmonaire secondaire.

Ce sont là des questions très intéressantes sur lesquelles j'ai entrepris une série de recherches cliniques et anatomo-pathologiques dont j'ai souvent parlé dans mes cliniques et qui ont été publiées dans la thèse d'un de mes élèves (1).

J'ai assez fréquemment observé la diminution et même parfois la guérison spontanée du processus lupeux chez les vieillards. Aussi doit-on souvent hésiter à employer une thérapeutique locale énergique, quand on se trouve en présence

1. Deswarte. — *Le Lupus chez les vieillards*. Thèse de Lille. 1892.

d'un lupus des vieillards. (H. Leloir, *le traitement du Lupus. Bulletin médical*, 1890.)

Mais si le lupus évolue d'une façon torpide, régressive, s'il a de la tendance à s'atténuer et même à disparaître chez les vieillards, il ne faut pas oublier que ces lupus anciens des personnes âgées sont sujets à une complication redoutable : l'épithéliome.

Nous aurons à y revenir à propos de l'étude des complications du lupus.

En dehors des personnes âgées, des vieillards, l'on observe parfois, mais le fait est fort rare, des arrêts complets, des suspensions absolues de la production morbide. Ces interruptions (qu'il ne faut pas confondre avec des guérisons, car l'élément lupeux persiste toujours comme on peut le constater) peuvent atteindre une durée de plusieurs mois, de plusieurs années même.

On ne connaît pas la cause de ces arrêts de si longue durée ; et, bien que dans certains cas, comme j'en ai vu des exemples, une maladie intercurrente puisse être soupçonnée d'avoir joué un rôle modificateur dans l'éruption, il serait téméraire d'affirmer toujours dans ces cas une relation de cause à effet. Mais, même après des arrêts aussi longs, il faut toujours s'attendre à voir survenir une éruption nouvelle.

En effet, les récidives soit au niveau de la cicatrice lupeuse, soit dans son voisinage, soit à distance, que le lupus se soit guéri spontanément, ou que cette guérison ait été obtenue par les ressources de l'art, constituent l'un des grands caractères de l'évolution du lupus.

Ces récidives sont toujours à redouter. Aussi, un lupus guéri doit-il être toujours surveillé avec la plus grande attention par le médecin, et un traitement énergique devra-t-il être institué au moindre signe de récidive.

Ce n'est souvent qu'après une série de rechutes successives, survenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, que l'on pourra espérer une guérison définitive du lupus et encore. La possibilité, la probabilité des récidives doivent toujours être présentes à l'esprit du médecin, lequel doit conseiller son malade et agir lui-même en conséquence.

Nombre et étendue des foyers lupeux.

Nous avons vu que l'éruption occupe primitivement un territoire tégumentaire restreint. Elle peut ainsi demeurer localisée pendant des années, pendant toute la vie, récidivant toujours (dans le cas où l'éruption est interrompue et se fait par poussées successives), au niveau du territoire tégumentaire qui a été primitivement atteint. Ce foyer lupeux isolé et primitif pourra se limiter à un espace peu considérable, demeurer régional.

Dans d'autres cas, il finira, au bout d'un temps plus ou moins long, en faisant tache d'huile, par occuper de vastes étendues du tégument, comme nous l'avons vu à propos du lupus serpigineux exedens et non exedens.

Chez d'autres malades, on voit soit simultanément, soit successivement, pendant plusieurs années, apparaître en différents points du corps, des foyers lupeux plus ou moins nombreux, parfois très nombreux.

Lorsque les placards multiples du lupus disséminé ne suivent pas une marche extensive, serpigineuse, qu'ils persistent pendant des années sans s'étendre à peine, bien que des poussées continuelles se produisent dans leur intérieur, on se trouve en présence de la variété de lupus à placards multiples ou *lupus disséminé non serpigineux,* que certains auteurs ont appelée : *lupus disseminatus seu discretus.*

Dans cette variété de lupus disséminé, un placard grand comme une pièce de cinq francs, comme la paume de la main, peut persister des années, des dizaines d'années même, sans augmentation appréciable, pour ainsi dire, bien que des poussées plus ou moins fréquentes de tubercules lupeux se fassent dans son intérieur.

Il y a quelques années, se trouvait dans mon service un jeune homme de vingt ans, dont toute la surface cutanée à l'exception du cuir chevelu, des régions palmaires et plantaires et de la région génitale et anale était littéralement mouchetée de placards lupeux, Ces placards lupeux s'élevaient au nombre incroyable de 110. Ils présentaient en général une disposition annulaire circinée, dans d'autres cas nummulaire et variaient du diamètre d'une pièce de 50 centimes à celui d'une pièce de 5 francs et même de la paume de la main.

Les lupômes qui constituaient ces placards étaient caractéristiques, nettement sucre d'orge et non exedentes. C'était un véritable type de lupus disséminé non exedens, mais absolument remarquable par le nombre énorme de ses placards.

Je ne sache pas qu'il ait été publié jamais une observation semblable, ainsi que me le faisaient observer d'ailleurs plusieurs dermatologistes de mes amis qui ont vu le malade dans mon service.

Mais ce qui venait encore rendre ce cas tout à fait extraordinaire, c'est que outre ces 110 placards en voie d'évolution, il existait, disséminées sur toute la peau du malade, 65 cicatrices blanches, gaufrées, quelques-unes chéloïdiennes, consécutives à l'évolution et à la guérison spontanée de placards lupeux analogues, variant du diamètre d'une pièce de 50 centimes à celui d'une pièce de 5 francs.

Le nombre des placards de lupus disséminé s'est donc élevé à 175.

D'après le dire du jeune homme, ce lupus aurait débuté à l'âge de 12 ans par les jambes.

Notons enfin pour terminer que, malgré l'ancienneté relative, le nombre excessivement grand et la dissémination des infiltrats lupeux, cette tuberculose cutanée est demeurée absolument limitée à la peau et aux régions superficielles de celle-ci ; que l'hypoderme, les ganglions lymphatiques, les viscères de ce sujet étaient absolument intacts.

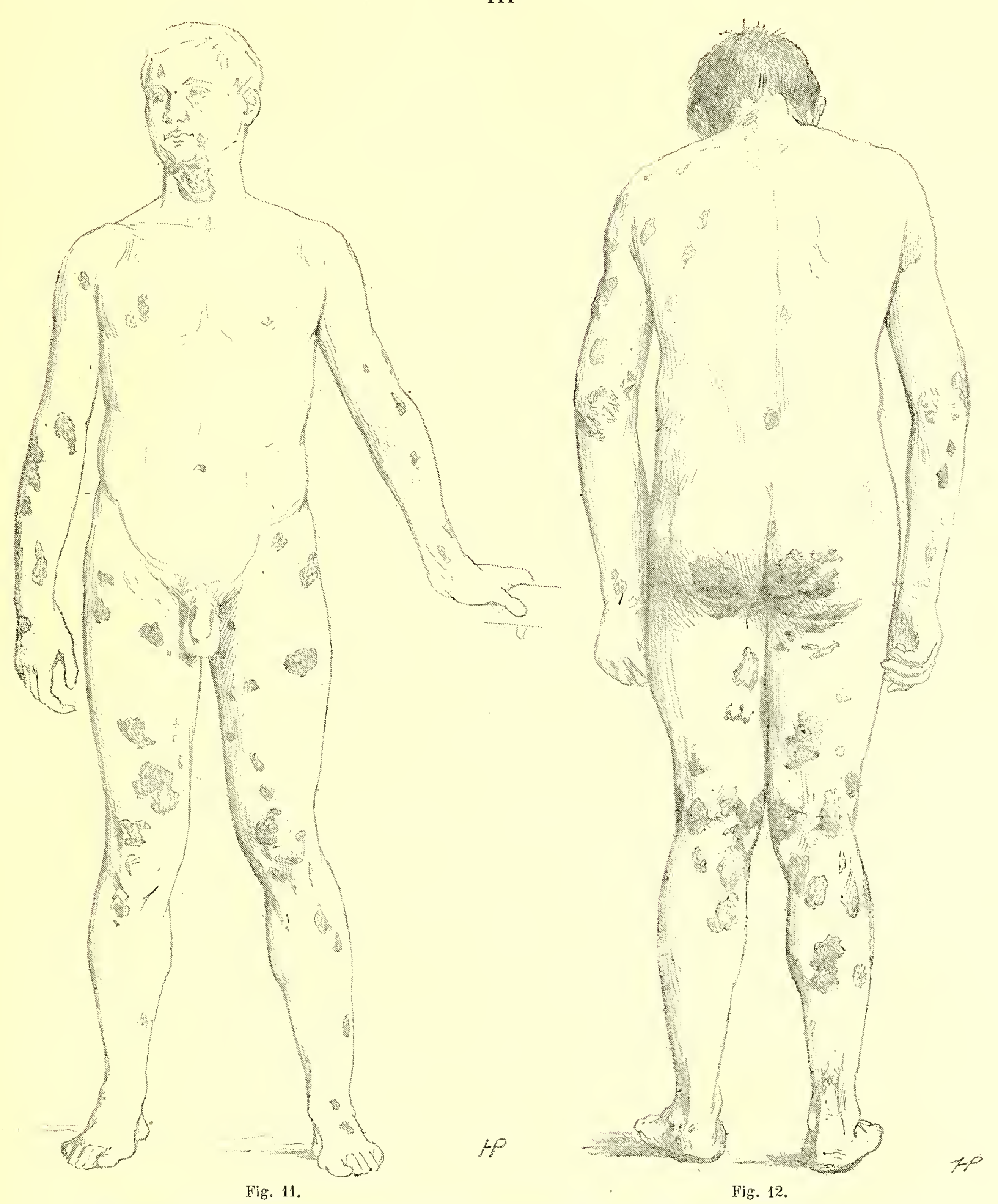


Fig. 11. Fig. 12.

Les *figures* 11 et 12 représentent la disposition et la topographie du lupus disséminé observé chez le jeune homme dont il est question à la page 110.

— Vers la même époque il est entré également dans ma clinique un malade âgé de 20 ans, sur toute la surface cutanée duquel se trouvaient disséminés 31 placards de lupus tuberculeux non exedens et de lupus croûteux exedens. Chez ce sujet l'affection avait débuté à l'âge de 7 ans. Ici encore, cette tuberculose cutanée est demeurée absolument limitée à la peau et aux régions superficielles de celle-ci.

Unna, de Hambourg, m'a communiqué il y a quelque temps l'observation d'une petite fille de 12 ans née à Dortmund, sur la surface cutanée de laquelle s'étaient développés environ 31 placards de lupus disséminé, placards en général circinés, et tuberculo-croûteux.

L'affection aurait débuté vers l'âge de 3 ans. Elle aurait été précédée d'une poussée eczématiforme. Comme la mère de l'enfant est morte de phthisie pulmonaire, Unna a émis l'hypothèse que peut-être l'éruption eczématiforme de l'enfant a été inoculée par les bacilles tuberculeux venant de la mère.

Il y a environ quatre ans se trouvait dans ma clinique une petite fille âgée de 13 ans, sur toute la surface cutanée de laquelle se trouvaient disséminés 24 placards de lupus tuberculo-gommeux et de lupus circiné non exedens. Chez cette enfant l'affection aurait débuté à l'âge de 7 ans. Ici malheureusement la tuberculose de la peau fut suivie d'une tuberculisation de l'hypoderme (gommes scrofulo-tuberculeuses), d'un certain nombre de ganglions lymphatiques, et enfin d'une tuberculisation du poumon.

E. Besnier a publié dans les *Annales de Dermatologie* de 1889, à la page 32, une observation de lupus tuberculeux disséminé, constitué par une quarantaine d'éléments nodulaires apparus en l'espace d'une année, et Hallopeau a publié un cas analogue à la page 34 du même tome.

Quand, au contraire, les foyers multiples de lupus disséminé suivent une marche serpigineuse, s'étalant excentriquement, et arrivant même dans certains cas à se fondre les uns dans les autres, le lupus pourra, dans ces cas extrêmes, envahir presque la totalité de la surface cutanée, se généraliser. De pareils faits sont heureusement tout à fait exceptionnels.

J'en ai cependant observé quelques exemples et j'ai plus haut (page 53) relaté brièvement l'observation d'un de ces cas, qui se trouvait dans mon service, il y a environ deux ans.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, j'ai constaté que sur 312 cas de lupus, le nombre des placards lupeux observés chez le même individu se distribuait dans ces cas de la façon suivante :

TABLEAU DU NOMBRE DES PLACARDS LUPEUX

1	placard	=	165	fois.
2	placards	=	83	fois.
3	placards	=	37	fois.
4	placards	=	15	fois.
5	placards	=	4	fois.
6	placards	=	2	fois
7	placards	=	0	fois.
8	placards	=	0	fois.
9	placards	=	0	fois.
10	placards	=	1	fois.
11	placards	=	0	fois.
12	placards	=	1	fois.
13	placards	=	0	fois
14	placards	=	1	fois.
15	placards	=	0	fois.
16	placards	=	0	fois.
17	placards	=	0	fois.
18	placards	=	0	fois.
19	placards	=	0	fois.
20	placards	=	0	fois.
21	placards	=	0	fois.
22	placards	=	0	fois.
23	placards	=	0	fois.
24	placards	=	1	fois.
25	placards	=	0	fois.
26	placards	=	0	fois.
27	placards	=	0	fois.
28	placards	=	0	fois.
29	placards	=	0	fois.
30	placards	=	0	fois.
31	placards	=	1	fois.
110	placards	=	1	fois.

Le lupus du tégument externe étudié suivant son siège.

Le lupus du tégument externe peut s'observer sur toutes les régions du corps. Son siège de prédilection de beaucoup le plus fréquent est la face, où il débute le plus souvent, soit au niveau des joues, soit au niveau du nez. Les extrémités sont, après le visage, le plus habituellement le siège du lupus. L'on voit donc que le lupus envahit de préférence les parties découvertes.

Viennent ensuite les fesses, puis le tronc, où le lupus se présente souvent sous la forme disséminée ou serpigineuse. Le cou, la nuque, les régions claviculaires sont le plus souvent atteints, consécutivement à un lupus de la face. Il en est de même du lupus du cuir chevelu, qui d'ailleurs est d'une rareté excessive. Dans des cas très exceptionnels, les organes génitaux peuvent être envahis soit primitivement, soit secondairement.

Lorsque le lupus est presque généralisé, ce sont surtout la face, les extrémités, le dos et les fesses qui sont principalement atteints.

Le plus souvent le lupus se cantonne dans une région, et cette région est en général la face.

Ainsi, en dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, j'ai constaté que sur 312 cas le lupus occupait 267 fois la face.

Le malade peut être parfois porteur de plusieurs foyers lupeux. Mais dans ces cas, fait majeur, la face est presque toujours atteinte.

D'ordinaire, le nombre des foyers lupeux n'est pas très considérable. Toutefois, dans certains cas de lupus disséminé, ceux-ci peuvent devenir très nombreux, comme nous l'avons vu page 110.

Il faut, d'ailleurs, lorsque l'on s'occupe des lupus à nombreux placards disséminés, distinguer 2 cas : tantôt les placards lupeux plus ou moins nombreux se trouvent disséminés sur une même région ; tantôt au contraire, ils se trouvent disséminés, éparpillés sur toute la surface cutanée. Ce sont ces derniers ordres de faits de lupus disséminé et généralisé qui sont particulièrement remarquables, extraordinaires, et différents de ce que l'on observe d'ordinaire dans le lupus. Ils constituent de véritables observations de lupus généralisé et ces cas ont pu quelquefois être pris pour des syphilides. Ce sont là de véritables lupus à disposition atypique. Dans ce cas, le lupus perd complètement ses caractères d'affection régionale.

Dans d'autres cas, la surface cutanée peut être envahie, dans près de la moitié et même davantage de toute son étendue, par des placards lupeux nombreux et vastes, comme dans l'observation que j'ai relatée à la page 53.

Nous avons déjà indiqué et nous démontrerons plus loin longuement que, si le lupus a pour caractère de se cantonner dans une région et en particulier tout d'abord à la face et en second lieu aux extrémités, cela tient à ce que le lupus est une tuberculose locale.

L'on s'explique moins comment une tuberculose locale peut se présenter sous l'aspect éparpillé, disséminé, comme dans les lupus disséminés et généralisés, véritables lupus à disposition atypique dont nous venons de parler. Il est évident que dans ces cas, comme dans tous les cas de lupus d'ailleurs, nous sommes forces d'expliquer l'apparition du lupus par une inoculation du tégument, se faisant soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans.

Mais il est difficile de concevoir dans quelles circonstances peuvent se produire des inoculations aussi multiples. L'on peut cependant aisément se figurer que dans des conditions exceptionnelles, un grand nombre d'excoriations ou de lésions de la peau disséminées apparues chez un sujet en contact plus ou moins prolongé et plus ou moins intime avec l'agent de la tuberculose, aient pu être inoculées par le virus tuberculeux et devenir ainsi des foyers de lupus. De pareils faits ne sont pas rares, comme nous le verrons plus loin à propos de la pathogénie du lupus, lorsqu'il s'agit de un ou même de plusieurs foyers lupeux. Pourquoi n'en serait il pas de même, quand il s'agit de ces très exceptionnels cas de lupus disséminé et généralisé? Ne voyons-nous d'ailleurs pas dans d'autres maladies, dans la syphilis en particulier, se produire des inoculations analogues.

L'observation de la page 112, qui m'a été communiquée par Unna, de Hambourg, semble constituer un exemple suggestif des conditions dans lesquelles peut se produire, parfois, le lupus disséminé et généralisé.

Lorsqu'il s'agit au contraire de faits analogues à celui de Besnier, où l'éruption éparpillée se montre en l'espace d'une année, à la suite d'une maladie générale aiguë (d'une rougeole, comme dans le cas de Besnier), l'on doit, tout en admettant l'hypothèse d'un lupus par inoculation externe, songer surtout à la possibilité d'un lupus résultant de l'inoculation du virus tuberculeux par voie interne. Ne peut-on supposer, dans ces cas, que le virus tuberculeux ayant pénétré dans le système circulatoire d'une façon ou d'une autre et tendant à s'éliminer par le tégument, ainsi que le font d'ailleurs les virus en général, a été déposé en un certain nombre de points de la peau pour y créer des foyers lupeux. L'hypothèse ne présente rien de contraire à ce que nous apprend la pathologie générale, et, bien qu'en science comparaison ne soit pas toujours raison, l'on pourrait citer de nombreux faits analogues.

Il nous faut maintenant aborder l'étude spéciale du lupus suivant les régions. Cette étude constitue une véritable symptomatologie spéciale du lupus.

1° *Lupus de la face.*

La face est le siège de beaucoup le plus fréquent du lupus. Dans un très grand nombre de cas, l'affection est absolument limitée à la face, et dans la majorité des cas la face est une des régions atteintes. Toutes les variétés possibles de lupus peuvent s'observer à la face, qu'elles envahissent en partie seulement ou en totalité. (Voir les *Planches* et les *Figures* de ce livre.)

C'est par la région antérieure de la face et, comme le dit très bien Balmano-Squire, par la moitié inférieure de cette région que le lupus commence le plus souvent. Il débute alors très fréquemment en un point de la moitié inférieure du nez et de préférence au niveau de l'une des ailes du nez, très souvent aussi au niveau de l'une des joues, en particulier à son centre. Il est à noter que le lupus qui débute par la joue est d'ordinaire un lupus à marche lente et relativement bénigne, tandis qu'au contraire le lupus qui débute au centre de la face, suit d'ordinaire, comme l'a bien fait observer Besnier, une marche plus rapide et plus destructive.

Le lupus de la face débute souvent d'une façon unilatérale ; mais il est souvent aussi bilatéral et symétrique.

Le lupus peut demeurer localisé pendant de longues années dans un espace restreint au niveau des territoires tégumentaires qu'il a envahis primitivement. Mais souvent, de ces foyers primitifs et d'autres foyers qui se produisent au voisinage de ces premiers, le lupus s'étend graduellement, pour envahir d'abord la moitié inférieure de la région antérieure de la face, puis les régions avoisinantes à savoir : en bas, les lèvres, les régions maxillaires inférieures et même la région antérieure du cou (pouvant même envoyer des prolongements dans l'intérieur des cavités buccale et nasale) ; en haut, la région supérieure du nez et des joues, les paupières, puis graduellement le front de bas en haut, en arrière les tempes, les oreilles, les régions latérales du cou.

Les diverses formes et variétés du lupus peuvent s'observer au niveau des joues. Nous avons, dans les chapitres précédents, étudié les différentes variétés, depuis la variété bénigne, localisée (lupus plan exfoliatif du centre de la joue) jusqu'aux variétés les plus graves, du lupus non exedens et du lupus exedens. L'infiltration lupeuse peut être parfois très profonde au niveau des joues et ne se manifester même que par une tuméfaction notable de celles-ci avec coloration d'un brun violacé de la peau.

L'envahissement du nez par le lupus donne à cet organe les aspects les plus divers, suivant la forme ou la variété du lupus qui l'a envahi. Notons de nouveau que l'envahissement primitif ou secondaire de la muqueuse nasale est des plus fréquents et peut amener la formation d'ulcérations recouvertes de croûtes, pouvant obstruer complètement les orifices des narines.

Une variété dont il faut beaucoup se méfier est la forme végétante, exubérante, qui est souvent prise par l'entourage pour une hypertrophie de l'organe et à propos de laquelle il est bon de prévenir le malade en vue des déformations ultérieures.

Dans ce cas, les végétations saillantes ou les croûtes épaisses qui les recouvrent, font croire à une augmentation de volume du nez; mais, quand celles-ci sont tombées et que les végétations ont disparu, on voit qu'une bonne partie du nez est détruite.

Dans d'autres cas, sans qu'il y ait eu à proprement parler d'état hypertrophique, l'ulcération détruit une portion étendue dela peau du nez et de la portion cartilagineuse de cet organe, laissant à la place un vaste trou, cloisonné ou non par le vomer.

Souvent, l'ulcération progressive ou l'atrophie par résorption interstitielle des lupômes, amène une sorte de ratatinement du nez qui devient plus petit, comme fondu, ou comme si on l'avait usé par le frottement.

La peau de la région cartilagineuse du nez présente alors un aspect brillant, cicatriciel, rétracté, poli, comme usé. Les parois de l'organe sont minces, en même temps sèches et raides.

Ainsi que le remarquaient justement Hebra et Kaposi, on dirait que l'on se trouve en présence d'un nez de papier mâché.

Le ratatinement consécutif de la peau au niveau de la portion osseuse est moins important. Les nez ainsi ratatinés peuvent présenter les aspects les plus bizarres. Fréquemment, l'érosion des narines, l'aplatissement consécutif du nez et la saillie plus ou moins aiguë du cartilage lobulaire lui donnent, en particulier dans le lupus non exedens, l'aspect d'un bec de chouette. Le lupus des narines peut amener l'atrésie et même l'oblitération complète de ces orifices.

On n'observe presque jamais dans le lupus ces effondrements du nez dus aux lésions osseuses, que l'on rencontre si souvent dans la syphilis. J'en ai observé cependant deux cas indéniables. — L'on peut dire d'une façon générale que dans le lupus, la déformation du nez provient de lésions de la peau et de la partie cartilagineuse de cet organe, en particulier au niveau de sa moitié inférieure, et que le mal marche de bas en haut, de la pointe du nez vers sa racine.

Les lèvres tuméfiées, épaissies, renversées en dehors, sont crevassées. Leur muqueuse ne tarde pas à être envahie, principalement au niveau de la lèvre supérieure. La lèvre supérieure est fortement relevée en haut, découvrant, surtout à sa partie moyenne, l'arcade dentaire et la gencive correspondante. La lèvre inférieure est plus ou moins abaissée, surtout lorsqu'elle est prise isolément.

Quand la lèvre supérieure et la lèvre inférieure sont atteintes simultanément, il peut en résulter une atrésie buccale parfois considérable avec difficulté d'ingérer les aliments, de parler, etc.

Dans d'autres cas, la cicatrisation des ulcères en crevasses qui sillonnent les lèvres, amène la production de sortes de brides, empêchant absolument l'occlusion des lèvres tuméfiées et favorisant encore l'ulcération de leur muqueuse.

L'envahissement de la paupière inférieure par le lupus amène presque toujours un certain degré d'ectropion, lequel est parfois très prononcé.

Les oreilles sont quelquefois atteintes primitivement. Le plus souvent elles sont envahies secondairement. En général l'infiltration de l'oreille est surtout prononcée au niveau du lobule. Notons en passant que le lobule de l'oreille infiltré de lupus peut être graduellement coupé par la boucle d'oreille.

L'infiltration peut s'étendre soit d'une façon disséminée, soit d'une façon diffuse à toute l'oreille, en particulier à sa face externe, déterminant parfois une hypertrophie énorme de cet organe. La face interne peut être envahie à son tour et l'infiltration du pavillon par le lupus, se continuant avec celle de la peau ambiante, donne à l'oreille un aspect particulier. Cette oreille qu'envahit le lupus, par la déformation et l'empâtement qu'elle subit ainsi, par son accolement aux tissus ambiants, se distingue de celle du lépreux avec laquelle elle présente certaines analogies objectives.

Le processus lupeux peut même atteindre le tégument du conduit auditif externe et gagner la membrane du tympan. On conçoit les troubles considérables de l'audition qui peuvent en résulter. Il peut survenir des phénomènes inflammatoires aboutissant à la perforation du tympan, à l'otite moyenne, etc.

J'ai été frappé de la fréquence relativement grande du lupus myxomateux au niveau de l'oreille.

Dans certains cas où le lupus de l'oreille s'ulcère, celle-ci peut être couverte d'ulcérations fongueuses, framboesiformes, laissant encore entrevoir souvent la forme de l'organe qu'elles ont envahi, mais pouvant même parfois masquer complètement l'oreille, comme dans un cas rapporté par Hebra et Kaposi.

Plus tard, le lupus amènera un ratatinement du pavillon de l'oreille, avec amincissement et adhérence du lobule et quelquefois même une adhérence complète de toute la face postérieure de ce qui reste de l'oreille, avec la peau de la région temporo-mastoïdienne.

J'ai vu, il y a une dizaine d'années, chez une femme de la campagne, l'oreille réduite à un moignon gros comme une pièce de 1 franc, entièrement appliquée contre la paroi du crâne, être recouverte par une sorte de membrane cicatricielle, tendue, parcheminée, qui masquait le pavillon et le conduit auditif externe. Une opération pratiquée sur cette sorte de membrane cicatricielle permit de découvrir un pertuis large comme une grosse aiguille à tricoter, vestige du conduit auditif externe rétréci.

D'après Hebra et Kaposi, on n'observe que rarement un rétrécissement notable du conduit auditif externe, ainsi qu'une altération prononcée de l'oreille interne.

Sur le front, le lupus est rarement primitif. D'ordinaire il y est secondaire à la propagation des foyers voisins.

Il s'y présente en général sous l'aspect du lupus plan et exfoliatif non exedens. Le lupus du front s'arrête en général à quelques millimètres du bord d'implantation des cheveux. Mais, dans des cas exceptionnels, il peut gagner le cuir che-

velu. Il envahit aussi parfois la paupière supérieure dont il peut amener l'ectropion ou la destruction plus ou moins complète.

Le lupus du cuir chevelu est presque toujours secondaire à celui des régions tégumentaires avoisinantes, en particulier de la peau du front ou de la nuque. Très rarement il se montre sous forme de placards isolés.

Le lupus primitif du cuir chevelu est absolument exceptionnel. Son existence est même niée par quelques auteurs. Toutefois Hebra et Kaposi disent en avoir observé quelques cas rares. Pour ma part, je n'en ai vu qu'un exemple. Il s'agissait d'un malade du service d'Hallopeau à l'hôpital Saint-Louis, lequel malade atteint de lupus vulgaire érythématoïde de la face présentait un placard rond de lupus grand comme une pièce de 5 francs, situé au milieu du cuir chevelu, placard présentant d'ailleurs, il faut le reconnaître, tous les caractères classiques du lupus érythémateux du cuir chevelu. Il est malheureux qu'un examen histologique et expérimental minutieux n'ait pas été fait dans ce cas très important.

Le lupus du cuir chevelu se présente, au début, sous l'aspect d'une infiltration peu saillante, à surface assez égale. Il ne s'ulcère que très tardivement. Quand il s'ulcère, il est souvent recouvert de croûtelles d'aspect séborrhéique. Les cheveux peuvent persister à peine altérés, pendant assez longtemps, à la surface du placard lupeux. Au bout d'un temps plus ou moins long, ils finissent toujours par disparaître, soit que le lupus s'ulcère, soit qu'il détruise le cuir chevelu par résorption interstitielle.

C'est ainsi que le lupus, quelle que soit d'ailleurs sa forme ou sa variété, peut finir par occuper toute la face. Comme en général les parties les plus atteintes sont le nez, la lèvre supérieure et les régions attenantes des joues, en un mot la région de la face, qui correspond à la partie du masque appelé « loup », sous-jacente à une ligne correspondant au bord libre de la paupière inférieure, la face des lupiques, lorsque leur lupus est symétrique, présente un aspect particulier. Cet aspect a été comparé à celui d'un papillon dont le corps serait constitué par le nez et les ailes par les joues.

Les parties qui demeurent le plus longtemps indemnes sont en général la peau de la paupière supérieure et de la partie moyenne du front.

L'on conçoit quelles variétés d'aspect peut présenter la face du lupeux, suivant le degré du mal et suivant la variété du lupus à laquelle on a affaire. Après tout ce que nous venons de dire, nous n'y insisterons pas.

Mais il nous faut, avant de terminer, dire deux mots de l'aspect effrayant que peut présenter la face du lupeux, lorsque l'on a laissé suivre au mal sa marche graduellement envahissante.

Des cas aussi épouvantables deviennent plus rares actuellement, depuis que nous sommes mieux armés pour combattre le lupus. Cependant il n'est pas d'année où nous n'en voyons quelques exemples venant en général des campagnes, et qui nous font déplorer chaque fois l'incurie qui a pu amener de pareils désastres.

Quand le lupus non exedens a envahi le visage en entier, la figure est cou-

verte de tubercules d'un rouge fauve, aplatis, en général peu surélevés, alternant çà et là avec des points non saillants, quelquefois même déprimés, d'un rouge jaunâtre, formés par les tubercules qui par suite de leur affaissement ou de la tuméfaction des parties sous-jacentes, se trouvent au niveau de la peau.

Ailleurs la peau est d'un rouge luisant, comme tendue, légèrement furfuracée, et rappelle en certains points l'aspect d'une cicatrice consécutive à une brûlure superficielle. Çà et là, on trouve des points blancs, des lignes et des brides cicatricielles. Le nez est en partie détruit, comme fondu ; les lèvres sont le siège de déformations hideuses. Les paupières, en particulier la paupière inférieure, sont en état d'ectropion.

Les yeux sont saillants, comme repoussés hors de l'orbite. Ils semblent avoir un volume double de celui qu'ils ont à l'état normal, et ils sont souvent le siège d'altérations notables.

Dans certains cas, comme l'avait déjà bien observé Rayer (*Traité des Maladies de la peau*, tome II, page 199), le visage peut quelquefois acquérir un volume prodigieux. Par suite de l'infiltration profonde du lupus dans l'hypoderme, de l'œdème et des lymphangites qui en sont la conséquence, les joues sont molles, flasques, œdématiées, érysipélatoïdes, éléphantiasiformes, pendantes et rénitentes.

La peau du front et des paupières est boursouflée, et les yeux couverts par ces paupières éléphantiasiques sont comme cachés au fond de l'orbite.

Les lèvres tuméfiées forment deux énormes bourrelets montrant à découvert leur membrane muqueuse renversée en dehors. Cette tuméfaction rétrécit l'orifice buccal, en entrave notablement les mouvements, et souvent la bouche du malade laisse écouler une salive visqueuse. Les oreilles participent quelquefois à cette tuméfaction générale.

Dans ces cas, le lupus donne à la face un aspect léontiasique effrayant, présentant certaines analogies avec le léontiasis lépreux.

Quand le lupus exedens a envahi toute la face, ses régions centrales en particulier, sont recouvertes de croûtes en général épaisses, recouvrant des ulcérations fongueuses, plus ou moins profondes et étendues, qui amènent des délabrements épouvantables du côté du nez, des lèvres et des joues.

Les paupières ont été peu à peu et progressivement détruites. L'œil est à découvert et le globe oculaire est le siège de lésions plus ou moins graves. La peau de la face est tuméfiée, recouverte de tubercules ulcérés que masquent les croûtes.

Çà et là existent déjà des cicatrices irrégulières rappelant assez bien celles qui résultent de larges brûlures. Il arrive souvent que les ulcérations siégeant au niveau du sommet des tubercules auxquels les cicatrices semblent fournir un point d'attache, gagnent de nouveau les cicatrices elles-mêmes.

Enfin, si malgré l'horreur de son mal, le malade n'a pas eu recours aux ressources de l'art, l'on peut voir se produire une destruction des joues, une communication antérieure de l'orifice buccal avec l'orifice nasal, des lésions épouvantables de la bouche et de la gorge, la perte des yeux.

Le malade arrivé à cet état misérable ne peut plus être nourri qu'au moyen de la sonde œsophagienne. De pareils faits sont heureusement des plus rares actuellement. Mais tout dermatologiste peut encore, dans sa carrière, avoir à soigner un ou plusieurs cas de lupus arrivés à l'état effrayant qu'ont indiqué en particulier Devergie, Bazin, Bardeleben etc. « Qui croirait, dit Bazin, que dans un état aussi misérable, les malades atteints de ce lupus vorax sont encore accessibles à la crainte de la mort. »

J'ai vu également un malade hideusement défiguré par le lupus, objet d'horreur pour lui et pour son entourage, redouter la fièvre typhoïde qui régnait dans le pays et m'en parler avec la plus grande terreur. Le fait n'a rien de spécial aux lupeux; j'ai signalé un état psychologique analogue chez les lépreux, dans mon *Traité de la Lèpre.*

Dans ces cas avancés, l'on peut observer assez souvent les engorgements ganglionnaires dont j'ai parlé à propos du lupus et du système lymphatique, et qui peuvent s'abcéder et donner lieu à de véritables écrouelles.

Qu'il soit guéri en partie ou en totalité, spontanément ou par les ressources de l'art; quand il est arrivé à ce degré de développement, le lupus laisse après lui des vestiges affreux de son passage.

La face est labourée par des cicatrices; la peau du front tiraillée, amincie, est accolée contre les os; la bouche peut être atrésiée au point que la parole et la préhension des aliments sont gênés au plus haut degré ; dans d'autres cas, les lèvres sont rongées en partie ou en totalité et ne peuvent plus retenir la salive. Au milieu de cette figure plate, ratatinée, à lèvres en partie détruites, il n'existe plus à la place du nez, ou bien qu'un orifice béant, ou bien qu'une sorte de moignon informe où l'on distingue parfois deux trous, vestiges des narines atrésiées, lesquelles peuvent même être complètement oblitérées.

Les paupières sont difformes, désorganisées, en ectropion et recouvrent à peine le globe oculaire; elles peuvent être détruites. Dans certains cas rares, on a vu la paupière inférieure se souder à la paupière supérieure et masquer ainsi l'œil.

Les oreilles sont rongées, réduites à des moignons informes. Leur conduit auditif est plus ou moins oblitéré. Elles se soudent aux parties avoisinantes. Dans des cas exceptionnels, l'oreille peut même disparaître complètement.

Au cou, des brides cicatricielles, semblables à celles qui succèdent aux brûlures du 3[e] ou 4[e] degré, viennent tirer en bas la lèvre inférieure et déformer complètement le menton. Ces cicatrices sont tellement minces parfois, qu'on les croit à chaque instant prêtes à se rompre. Souvent elles tiennent par leurs extrémités à des tubercules ou à des ulcérations recouvertes de croûtes, entre lesquelles elles forment de véritables brides.

L'on voit fréquemment le mal récidiver en partie, quelques semaines, quelques mois ou quelques années après, dans la cicatrice et le lupus exedens ou non exedens envahir et détruire celle-ci de nouveau.

Je me souviens avoir soigné, en 1879, une malheureuse femme dont la face avait été labourée pendant de longues années par un lupus, lequel avait laissé

comme traces de son passage les délabrements suivants : Toute la face labourée par le lupus, présentait un aspect particulier rappelant assez bien celui d'une tête de squelette, sur laquelle on aurait tendu une mince peau de chevreau blanc. La bouche, complètement atrésiée, laissait à peine passer une petite plume d'oie. Le nez, réduit à un moignon minuscule, fondu complètement en quelque sorte, ne laissait plus voir qu'un seul orifice par lequel j'avais de la peine à faire pénétrer une petite aiguille à tricoter. L'un des orifices palpébraux était complètement oblitéré par suite de l'accolement des paupières, réduites à une sorte de membrane cicatricielle. Au niveau de l'autre œil au contraire, les paupières étaient complètement rongées, et le globe oculaire rouge et injecté semblait faire saillie en dehors de l'orbite. Les pavillons des oreilles, presque complètement détruits, fondus, étaient comme recouverts par cette mince membrane cicatricielle dont j'ai parlé, laquelle les masquait en quelque sorte incomplètement et recouvrait le conduit auditif externe.

Le lupus du cou est en général consécutif à celui de la face. Mais il peut s'y montrer primitivement. Il suit en général une marche serpigineuse. Il peut être l'origine de cicatrices vicieuses, entravant les mouvements de la tête. Il en est de même du lupus de la région claviculaire.

Le *tronc* est beaucoup plus rarement envahi que la tête, le cou et les extrémités. La région postérieure du tronc (dos) est plus souvent atteinte que sa région antérieure (poitrine, ventre). Le lupus du tronc est en général serpigineux. Il est aussi assez souvent disséminé. Dans les deux cas il est d'ordinaire non exedens et squameux et rappelle fréquemment le psoriasis ou certaines syphilides.

Le lupus du tronc peut envahir à la longue de très vastes territoires tégumentaires. Le lupus des régions axillaires est très rare. — Les fesses sont souvent le siège d'un lupus isolé pouvant être parfois disséminé ou serpigineux.

2° *Lupus des membres.*

Les membres supérieurs et inférieurs sont souvent le siège du lupus. De toutes les régions du corps, ce sont les membres qui sont le plus souvent pris après la face.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée, je constate que sur 312 cas de lupus, les membres ont été envahis 52 fois.

Dans ces 52 observations, 30 fois le lupus des membres coïncidait avec des lésions lupeuses d'autres régions tégumentaire, et avec d'autres lésions scrofulo-tuberculeuses diverses ; 22 fois le lupus existait seulement au niveau des extrémités, uniquement localisé en ces points, comme seul signe de l'inoculation tuberculeuse. Notons en outre que dans ces 52 cas, le lupus des extrémités existait 18 fois chez les femmes, et 34 fois chez les hommes.

Nous voyons donc que, pour le lupus des extrémités, l'on ne trouve plus l'énorme prédominance du sexe féminin, que l'on constate pour le lupus en général. Ici c'est le sexe masculin qui l'emporte.

Cette fréquence plus grande du lupus des extrémités chez les hommes, est peut-être explicable par ce fait que en raison de leurs professions, les hommes sont plus exposés à l'inoculation tuberculeuse que les femmes.

Les statistiques de Hahn (élève de Doutrelepont) basées sur le dépouillement des observations de lupus observés dans la clinique dermato-syphiligraphique de Bonn, de janvier 1882 au 1er janvier 1890, donnent sur un total de 424 lupeux (dont 144 hommes et 280 femmes), 105 cas de lupus des extrémités.

Ainsi donc ces 105 cas de lupus des extrémités sur 424 de lupus, donnent une proportion de 24,5 0/0 de lupus des extrémités sur le total des lupeux. Ces 105 cas comprennent 58 hommes (40,3 0/0) et seulement 47 femmes (16,8 0/0), ce qui donne une proportion inverse de ce que l'on observe ordinairement, relativement à la fréquence du lupus chez les femmes. Dans tous les cas, sauf dans 8 cas, où le lupus siégeait seulement aux extrémités, le lupus des membres était accompagné de lupus d'autres régions tégumentaires.

Nous venons de dire que le lupus des extrémités existe exceptionnellement seul, que le plus souvent il coexiste avec le lupus de la face, du tronc, des fesses.

En ce qui concerne les membres eux-mêmes, il présente toutes les combinaisons possibles. Ainsi, il peut envahir un seul membre inférieur ou supérieur, ou le membre supérieur et le membre inférieur du même côté, ou les deux membres supérieurs et inférieurs, ou le membre supérieur d'un côté et le membre intérieur de l'autre côté, ou enfin les quatre membres à la fois.

Je trouve dans mes statistiques que sur 52 cas de lupus des extrémités :

Les extrémités supérieures ont été envahies 21 fois.

Les extrémités inférieures ont été envahies 24 fois.

Les extrémités inférieures et supérieures simultanément 7 fois.

Hahn a trouvé que dans ses 105 cas de lupus des extrémités :

Les extrémités supérieures ont été envahies 55 fois.

Les extrémités inférieures ont été envahies 32 fois.

Les extrémités inférieures et supérieures 18 fois.

Il a également constaté que les placards lupeux se distribuaient de la façon suivante au point de vue de leur localisation :

			CÔTÉ DROIT	CÔTÉ GAUCHE
EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES	*Surface d'extension*	des bras. . . .	9	6
		des avant-bras.	28	18
		des mains. . .	21	18
	Surface de flexion	des bras. . . .	0	2
		des avant-bras.	4	5
		des mains. . .	1	1

			CÔTÉ DROIT	CÔTÉ GAUCHE
Extrémités inférieures	*Surface d'extension*	des cuisses . .	10	5
		des jambes . .	13	12
		des pieds . . .	12	6
	Surface de flexion	des cuisses . .	6	9
		des jambes . .	3	7
		des pieds . . .	3	0

De mon côté, mes statistiques me donnent les résultats suivants au point de vue de la localisation des placards lupeux.

			CÔTÉ DROIT	CÔTÉ GAUCHE
Extrémités supérieures	*Surface d'extension*	des bras. . . .	3	4
		des avant-bras.	2	3
		des mains . . .	33	12
	Surface de flexion	des bras. . . .	8	5
		des avant-bras.	12	9
		des mains . . .	2	2
Extrémités inférieures	*Surface d'extension*	des cuisses . .	0	0
		des jambes . .	1	0
		des pieds . . .	8	3
	Surface de flexion	des cuisses . .	8	7
		des jambes . .	6	17
		des pieds . . .	1	1

Aux membres supérieurs, l'infiltrat lupeux présente en général son maximum d'intensité à partir du coude, en se dirigeant en bas, et aux membres inférieurs à partir du genou, en se dirigeant également en bas.

Le lupus des membres débute souvent au niveau des articulations. Cela s'observe surtout au niveau des mains et des pieds. Il a également une assez grande tendance à s'étendre de haut en bas. Aussi le membre est-il souvent altéré par l'envahissement scrofulo-tuberculeux au niveau de ses régions supérieures ou moyennes (coude, poignet, cuisse, jambe, cou-de-pied), où l'on peut constater en outre, des gommes scrofulo-tuberculeuses profondes, des caries osseuses ou articulaires, alors que à la main et aux doigts, le lupus n'a encore envahi que la peau.

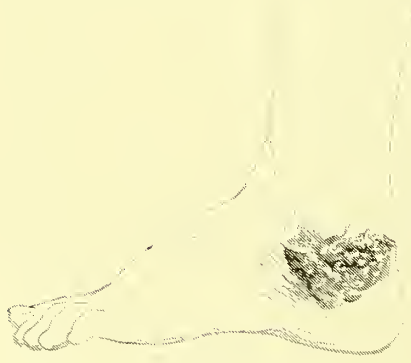


Fig. 13.

Cette figure représente un placard de lupus scléreux, développé, au niveau de la face externe de l'articulation tibio tarsienne, d'un enfant de sept ans, atteint depuis trois ans d'une carie du calcanéum. Le Lupus s'est développé au pourtour de l'orifice de la fistule osseuse provenant de la carie calcanéenne.

Aux mains, les premières phalanges des doigts sont plus souvent atteintes, nécrosées, éliminées que les deuxième et troisième pha-

langes. Aussi, lorsqu'il se produit un raccourcissement du doigt résultant de l'élimination osseuse compliquée d'altération tendineuse, le doigt ainsi altéré conserve-t-il son ongle, la phalangette demeurant en général plus ou moins intacte.

Dans des cas exceptionnels, comme j'en ai observé un bel exemple il y a quelques années, l'on voit le processus lupeux débuter au niveau de la peau de la phalangette, pour remonter vers le centre. Dans ces cas, l'ongle peut être détruit.

Si le lupus des extrémités siège surtout au niveau de la face dorsale de celles-ci, il n'en est pas moins vrai que dans certains cas, il peut envahir les régions palmaires et plantaires. Il peut même dans des cas très exceptionnels débuter par la région palmaire ou plantaire. Mais ces faits sont excessivement rares et pour ma part je n'ai vu que 2 cas de lupus des mains débutant par la région palmaire et 0 cas de lupus des pieds débutant par la région plantaire.

Il y a quelques mois se trouvait dans mon service une jeune femme atteinte de lupus de la région zygomatique et de l'angle interne de l'œil ayant probablement débuté par une tuberculose du canal lacrymal, de gomme scrofulo-tuberculeuse du côté correspondant, qui présentait en outre un vaste placard de lupus papillomateux situé à la paume de la main gauche, au niveau de la région thénar. (Voir les *figures* 14 et 15 ci jointes.)

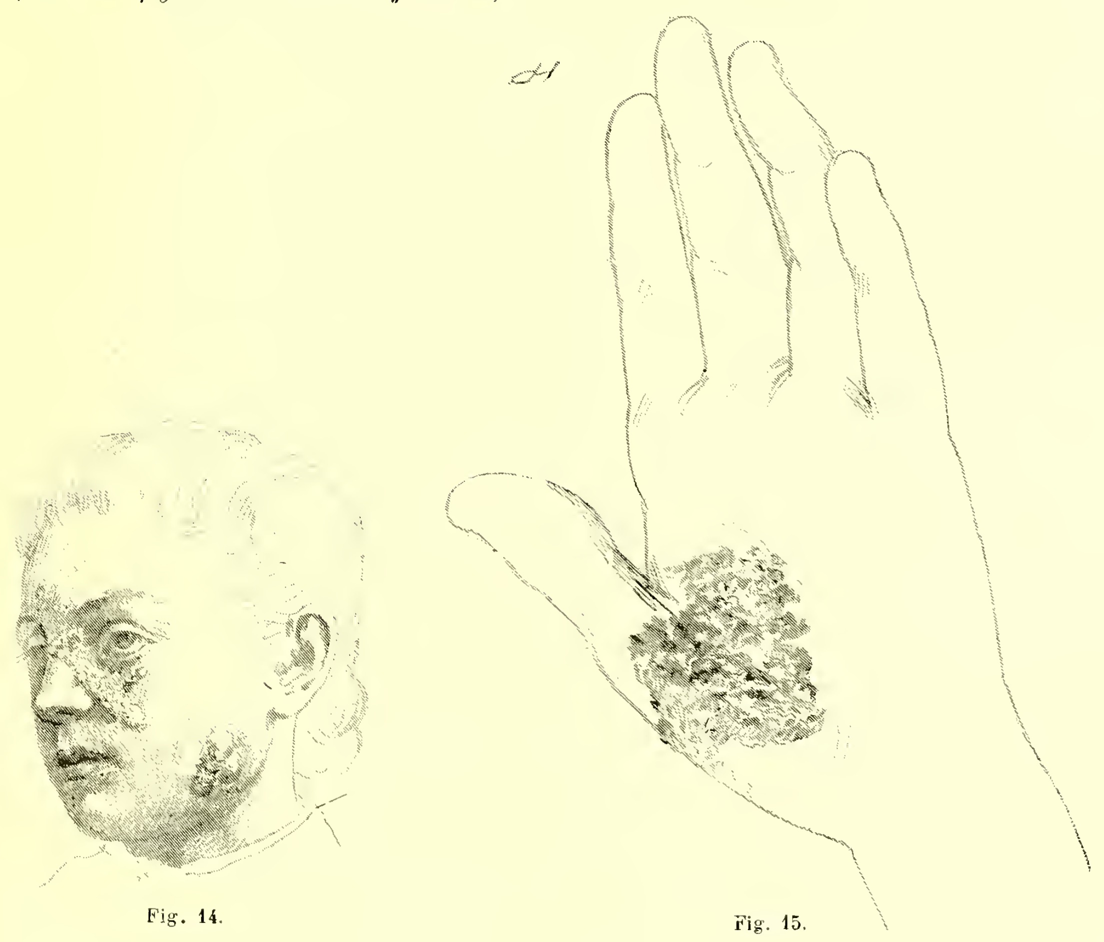


Fig. 14.

Fig. 15.

Notons en passant que ce lupus de la région palmaire est apparu quelques années après la tuberculisation de la face, et que la jeune femme avait l'habitude de frotter sa figure avec sa main.

Dans bon nombre de mes observations de lupus de la main, je trouve signalé l'acte de frotter avec celle-ci un placard lupeux ou une gomme scrofulo-tuberculeuse développée antérieurement en un autre point du corps, en particulier à la face.

Le lupus des extrémités est loin d'amener toujours nécessairement au niveau de celles-ci les déformations considérables dont nous allons parler. Il est évident que de petits foyers lupeux développés dans une peau sus-jacente à de grosses masses musculaires et n'ayant pas encore envahi profondément les tissus, ne produiront pas de déformations.

Mais, quand le lupus est assez étendu, assez ancien pour avoir amené des altérations profondes de la peau, de l'hypoderme, du tissu cellulaire profond, des vaisseaux lymphatiques et sanguins, des fascia, des tendons, du périoste, des os et des articulations, il en résultera des déformations notables du membre. Ces altérations malheureusement trop fréquentes, qui donnent au lupus des extrémités un aspect spécial, anormal, déformant, hypertrophique ou mutilant, ne se montrent guère avant la douzième année, comme l'a justement remarqué Hebra.

Le lupus des membres ne diffère de celui des autres parties du corps ni par sa forme, ni par son mode de propagation, ni par son évolution. Cependant, comme l'ont depuis longtemps remarqué les auteurs, en particulier et en premier Rayer et Fuchs (*Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge*, Göttingen 1840), le lupus des extrémités est très souvent serpigineux. Mais ici, comme au niveau des autres régions de la peau, ce lupus serpigineux est souvent mélangé de lupus disséminé.

Notons en outre que le lupus des extrémités, surtout celui qui se développe du côté des surfaces d'extension du coude, de la main, des doigts, du genou, du dos du pied, des orteils est le plus souvent un lupus scléreux ou demi-scléreux, d'aspect papillomateux ou verruqueux.

Dans certains cas le lupus papillomateux des extrémités, quand il est très hypertrophique, peut être confondu avec une tumeur maligne, en particulier avec un épithéliome.

Busch (*Uber die Epitheliomartige form des Lupus der Extremitaten* — Langenbecks Archiv. t. XV) a même voulu créer une forme épithéliomateuse du lupus. Le diagnostic différentiel de ces variétés papillomateuses du lupus avec l'épithéliome, est en effet parfois très difficile. Seule l'évolution clinique étudiée attentivement, seul un examen histologique pratiqué en faisant des coupes très profondes pour retrouver les lupômes, permettront alors d'établir le diagnostic différentiel, ainsi que je l'ai montré en 1882 dans le travail sur l'Anatomie pathologique du lupus que j'ai présenté à la Société de Biologie en collaboration avec E. Vidal. Une coupe

superficielle pourrait en effet induire en erreur par sa ressemblance avec l'épithéliome. J'ajoute que dans des cas difficiles, des inoculations expérimentales pratiquées d'après la technique que j'ai formulée en 1882 seront d'une utilité diagnostique majeure.

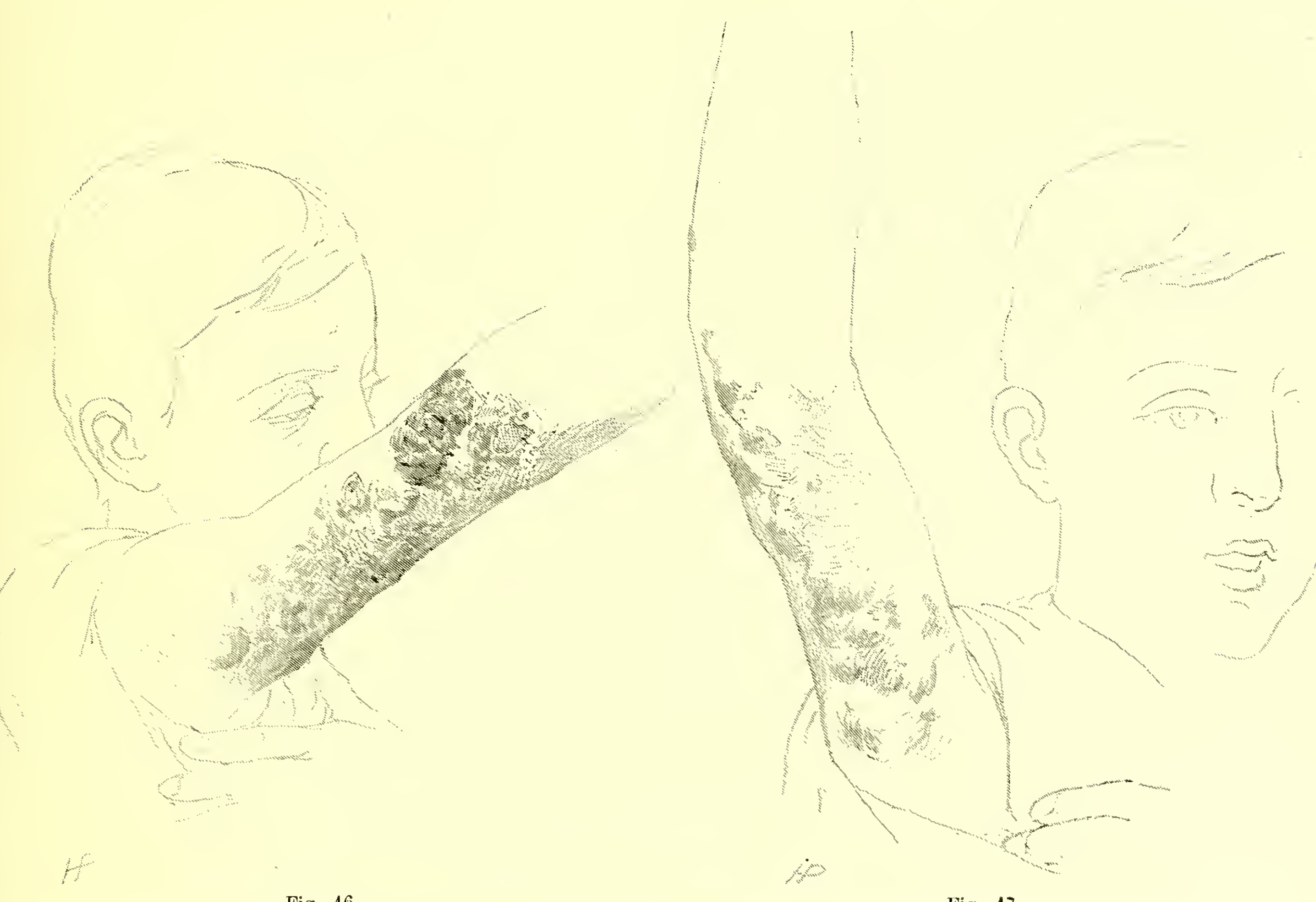


Fig. 16. Fig. 17.

Les figures 16 et 17 représentent un lupus demi scléreux serpigineux datant de 5 ans survenu chez un jeune homme de 16 ans.

Parfois même c'est avec le sarcome, le mycosis fongoïde, que le lupus des extrémités pourra être confondu, comme l'ont justement fait remarquer Doutrelepont et Pick au premier congrès de la Société allemande de Dermatologie tenu à Prague. (*Arch. f. Dermat und Syphil.* 1890.)

J'ai vu dans mes voyages le lupus des extrémités être confondu avec la lèpre et réciproquement. L'on a même pu dans certains cas hésiter entre les yaws, le frambœsia des tropiques, et certains lupus des extrémités.

Ces déformations monstrueuses et horribles peuvent modifier à un tel point l'aspect du membre, que dans ces degrés extrêmes le lupus des extrémités est parfois des plus difficiles à reconnaître et pourrait même être méconnu, si les

antécédents du sujet, l'existence de placards lupeux ou d'autres stigmates de la scrofulo-tuberculose en d'autres points du corps ne venaient mettre le médecin sur la voie du diagnostic.

Aussi, suivant la variété de déformation présentée par le membre, pourra-t-on hésiter entre le lupus et les déformations des extrémités déterminées par l'eczéma, les ulcères variqueux, l'éléphantiasis des Arabes, l'épithéliome, certains sarcômes, le mycosis fongoïde, les yaws, le frambœsia, les syphilides déformantes et mutilantes (en particulier celles que Bœck a décrites sous le nom de Radezyge, Arnould sous le nom de Lèpre kabyle, Auspitz et Neumann sous le nom de Mal de Cherlievo), la lèpre dans ses différentes formes (Voir mon *Traité de la Lèpre*, 1886), voire même le pied de Madura (comme dans un cas récent publié par E. Vidal dans l'Atlas international des maladies rares de la peau (E. Vidal, Ulcérations phagédéniques de nature douteuse, in Atlas international des maladies rares de la peau. 1891.)

Les déformations que le lupus peut à la longue produire au niveau des extrémités sont de deux ordres :

A. — Mutilations dues aux destructions et rétractions cicatricielles des tissus (peau, tendons, etc.), aux nécroses et caries osseuses avec élimination consécutive.

B. — État hypertrophique des tissus — Pseudo-éléphantiasis scrofulo-tuberculeux.

Ces deux ordres d'altérations se combinent parfois pour amener la déformation du membre. Toutefois c'est aux membres inférieurs, comme d'ailleurs devait le faire présumer la pathologie générale, que le processus hypertrophique est toujours de beaucoup le plus fréquent et le plus prononcé.

En revanche, les déformations et mutilations par destruction, brides cicatricielles, ulcérations, courbures vicieuses des doigts par ankylose fausse ou vraie, nécrose avec fistules oblitérées ou non, etc., sont en général plus accentuées et plus fréquentes aux membres supérieurs.

A. — *Déformations et mutilations.*

Ce n'est pas tant en effet par les altérations lupeuses proprement dites de la peau, que par les lésions secondaires à l'envahissement du membre par le virus scrofulo-tuberculeux que la maladie exerce ses ravages du côté des extrémités.

Sous l'influence de la régression de l'infiltrat lupeux, soit par résorption interstitielle, soit par sclérose, soit par ulcération, il se produit des cicatrices. Si l'infiltrat lupeux n'a envahi que le derme, il peut néanmoins, par les cicatrices qui en sont la conséquence (lorsque celles-ci sont étendues, et surtout lorsqu'elles siègent au niveau d'une articulation), amener par suite de la rétraction cicatricielle une entrave considérable au libre mouvement des articles, déterminer des pseudo-

ankyloses avec flexion, aux genoux, aux coudes ; et des pseudo-ankyloses avec flexion, ou au contraire avec extension forcée et subluxation, aux doigts. Même lorsque le processus est encore superficiel et n'a envahi que le derme et l'hypoderme sur un point limité, il en peut résulter des contractures notables des doigts et même des subluxations de ceux-ci comme dans les cas d'envahissement profond.

Güterbock a beaucoup insisté sur ce fait et a montré que ces déformations et subluxations sont principalement à redouter (même dans le lupus superficiel et limité), lorsque celui-ci a envahi la peau de la face dorsale des mains et des doigts, c'est-à-dire la peau d'une région dont le glissement et la mobilité sont les conditions nécessaires du bon fonctionnement des tendons et en particulier de celui des extenseurs.

Les déformations qui peuvent ainsi se produire sont parfois considérables, surtout au niveau des doigts.

Il peut arriver aussi que, dans le cas de lupus exedens des doigts et des orteils, le lupus en se cicatrisant amène l'accolement cicatriciel de ceux-ci, la syndactylie cicatricielle comme Busch (Ueber die *Epitheliomartige form. des lupus der Extremitäten* (Langenbecks. Archiv. t. XV), Langenbeck, Doutrelepont, (14[e] congrès des chirurgiens allemands), en ont publié des exemples. Cet accolement des doigts par une sorte de membrane cicatricielle, rappelant la membrane natatoire des palmipèdes, n'atteint en général que quelques doigts. Elle peut cependant dans des cas exceptionnels les atteindre tous, comme dans le fait de Busch où tous les doigts, depuis leur base jusqu'à leur extrémité, se trouvaient soudés sous forme de patte de canard par une membrane cicatricielle. Dans ce cas, comme la cicatrice n'avait envahi que la face dorsale et latérale des doigts, qu'il n'y avait guère eu de rétraction cicatricielle, la main pouvait encore servir pour la préhension d'objets volumineux. D'ordinaire l'espace qui sépare le pouce de l'index n'est pas atteint.

Point n'est besoin de dire que pour éviter ces syndactylies cicatricielles, il faut toujours avoir soin, quand on se trouve en présence d'un lupus ulcéré, d'envelopper isolément chaque doigt dans le pansement.

Les gommes scrofulo-tuberculeuses, qu'elles soient d'origine lymphangitique ou autre, qui compliquent souvent le lupus des membres, viennent encore exagérer les lésions. Elles produisent fréquemment des cicatrices déprimées, adhérentes aux tissus profonds. Ces cicatrices sont souvent en entonnoir.

A la longue, l'infiltration scrofulo-tuberculeuse, pénétrant encore plus profondément, envahit l'hypoderme et les tissus sous-jacents, soit d'une façon diffuse, soit sous forme de gros nodules ou de gommes scrofulo-tuberculeuses. Elle gagne ainsi le tissu cellulaire profond, les fascia, les tendons, le périoste, les os et les articulations.

Ainsi se produisent des caries, des nécroses, avec formation d'abcès ossifluents, des gommes scrofulo-tuberculeuses profondes avec toutes leurs conséquences au point de vue de la formation des ulcères, des abcès, des fistules, des caries et des nécroses.

La synovite scrofulo-tuberculeuse vient encore augmenter la déformation des parties atteintes, en particulier celle des doigts. Ceux-ci peuvent devenir fusiformes, hypertrophiés, et présenter tous les caractères des doigts atteints de spina-ventosa scrofulo-tuberculeux.

La périostite et l'ostéite, la carie et la nécrose, prennent aussi parfois naissance sans avoir été précédées d'une manière appréciable de foyers d'inflammation et d'infiltration de la peau, comme l'a justement remarqué Hebra.

Les os de l'avant-bras, le tibia s'épaississent, s'indurent et deviennent scléreux sur une grande étendue, ainsi que cela s'observe dans le cours d'ulcères chroniques des membres inférieurs.

Cet épaississement envahit plus souvent les os du métacarpe, du métatarse, des phalanges des doigts et des orteils. Il en résulte que la partie moyenne de la

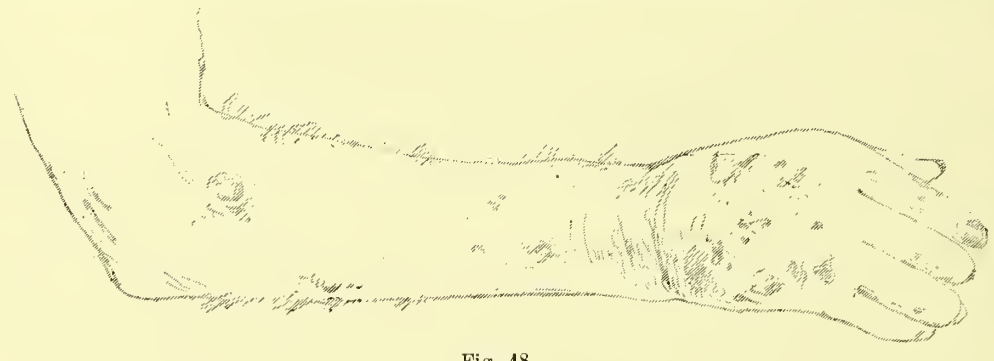


Fig. 18.

La Fig. 18 représente la face dorsale de la main et de l'avant-bras d'un homme de quarante-deux ans atteint depuis l'âge de trente ans d'un lupus de la face dorsale de la main et de la région postérieure de l'avant-bras. Ce lupus avait amené à la longue des déformations prononcées au niveau de la main et des doigts : ankylose des phalanges, destruction des ongles et d'une partie des phalangettes, aspect fusiforme des doigts, léger état éléphantiasique du dos de la main.

main s'élargit, que les métacarpiens s'écartent les uns des autres. Les doigts hypertrophiés, fusiformes, parfois atteints de spina-ventosa scrofulo-tuberculeux, prennent une direction divergente et la main épaissie tant dans les os que dans les parties molles, élargie, difforme, rappelle la patte de certains animaux.

On peut observer aux pieds, bien que plus rarement, des lésions analogues. (Voir Planche III, *figure* 4.)

Ces altérations osseuses peuvent s'accompagner de carie articulaire. Des portions de phalange et même des phalanges entières se nécrosent et s'éliminent, transformant ainsi les doigts en de véritables moignons informes.

Dans ces cas extrêmes, résultat ordinaire de l'incurie, les rétractions cicatricielles de la peau et des gaines tendineuses agissant sur un squelette aussi altéré donnent lieu aux déformations et aux rétractions les plus extraordinaires.

Les jointures peuvent être subluxées et même luxées ; les os du métacarpe refoulés les uns sur les autres, les doigts tordus, contractés, parfois raccourcis, réduits à l'état de moignons, parfois hypertrophiés et fusiformes presentent les

déviations, les déformations et les rétractions les plus variées. Ils peuvent être dans l'extension forcée ou en flexion forcée dans la paume de la main, ou déformés en griffes. Il peut se faire qu'un ou deux doigts soient dans l'extension forcée ou en griffe, alors que les autres conservent leur disposition et leurs mouvements normaux, ou au contraire se trouvent dans la flexion forcée dans la paume de la main.

En un mot, ces déformations, ces mutilations, peuvent varier à l'infini, comme dans la lèpre d'ailleurs, avec laquelle elles sont parfois confondues, surtout si elles se produisent quand l'éruption lupeuse a disparu, comme cela arrive parfois au bout de quelques années.

B. — *Pseudo-éléphantiasis scrofulo-tuberculeux.*

Sous l'influence de la stase veineuse et lymphatique occasionnée par les cicatrices, par l'inflammation hypérémique que détermine le processus lupeux, par les lésions vasculaires concommittantes (lymphangites et quelquefois phlébites), les tissus tendent à s'enflammer chroniquement, à être atteints d'œdème chronique pachydermique.

Les poussées lymphangitiques intercurrentes, qu'elles soient tuberculeuses, dues aux agents de la suppuration, ou mixtes, et que je décris plus loin à propos des lésions que détermine la scrofulo-tuberculose du côté du système lymphatique (H. Leloir. Le Lupus et le système lymphatique (Études cliniques et expérimentales sur la tuberculose 1890), viennent encore augmenter cet œdème lymphangitique chronique.

De même que dans l'éléphantiasis des Arabes, ces poussées successives de lymphangite profonde laissent à leur suite les tissus plus engorgés, plus infiltrés, plus déformés.

C'est ainsi que l'on voit peu à peu se produire toutes les lésions du pseudo-éléphantiasis scrofulo-tuberculeux, qui se caractérise par l'hypertrophie des tissus envahis : hypertrophie de la peau, hypertrophie du tissu conjonctif sous-cutané et profond, épaississement du périoste et des os, dégénérescence scléreuse des muscles.

Les altérations nerveuses qui en sont la conséquence (Cornil) viennent peut-être encore accentuer cet état éléphantiasiforme.

Une complication aussi notable modifie singulièrement l'aspect du lupus. Cet état se manifeste au plus haut degré au niveau des membres inférieurs. De même que Doutrelepont (*Verhandlungen des XIX chirurgischen Congress*, page 33, 1890), je ne l'ai jamais vu qu'aux membres inférieurs.

Toutefois Rayer (*Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 200), a le premier relaté un exemple remarquable de pseudo-éléphantiasis scrofulo-tuberculeux du membre supérieur : « J'ai vu, dit Rayer, le lupus non exedens attaquer et envahir ainsi tout un membre, le bras par exemple, depuis l'épaule jusqu'au poignet. Le membre affecté devenu beaucoup plus volumineux que celui du côté

opposé, offrait les dimensions morbides que cette partie acquiert dans l'éléphantiasis des Arabes. Les mouvements de l'articulation du coude étaient difficiles et douloureux ; en haut vers l'épaule, et en bas près de l'articulation du poignet, les limites du mal étaient brusquement indiquées par des arêtes tuberculeuses surmontées de squames. La peau du bras et de l'avant-bras transformée en une sorte de tissu induré d'un blanc plus mat que la peau saine, était sillonnée par de fortes brides analogues à celles qu'on observe à la suite de brûlures, et parsemée de taches lenticulaires d'un jaune fauve et terne, produites par des tubercules affaissés et cachés dans la peau tuméfiée. Le tissu cellulaire sous-cutané, engorgé, conservait sur plusieurs points l'impression du doigt comme dans l'œdème. A des époques plus ou moins éloignées, tantôt sous l'influence de l'administration intérieure du deuto-iodure de mercure, tantôt d'une manière spontanée, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané devenaient le siège d'une inflammation sourde avec tuméfaction, douleur et chaleur, mais sans rougeur vive à l'extérieur du membre. Il se faisait alors un suintement séreux par de petites ouvertures ou de petits pores qui étaient visibles sur presque tous les tubercules et pouvaient recevoir l'extrémité d'une grosse épingle. Cette inflammation intercurrente était toujours suivie d'une diminution de volume du membre et de la disparition d'un certain nombre de tubercules. » (Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 200.)

Volkmann (*Verhandlungen des XIV Deutschen Chir. Congress*) dit avoir observé cet état éléphantiasique non seulement aux orteils, mais aux doigts atteints de lupus papillomateux. Tout récemment, Poncet de Lyon (Société des Sciences médicales de Lyon, décembre 1890) présentait à la Société des Sciences médicales de Lyon le membre supérieur d'un homme atteint de lupus éléphantiasique, chez lequel il avait pratiqué la désarticulation de l'épaule. Le lupus éléphantiasiforme est en somme chose rare, même au niveau des membres inférieurs. Ainsi, E. Vidal d'après A. Coculet (Contribution à l'étude du lupus éléphantiasique. Thèse de Paris, 1886) ne l'aurait observé que 4 fois sur 500 cas de lupus. Pour ma part sur environ 1.000 cas de lupus que j'ai vus, je ne l'ai observé que 7 fois.

Je serai bref sur la description du pseudo-éléphantiasis lupeux. J'en parle longuement plus loin à propos du lupus et du système lymphatique.

L'éléphantiasis lupeux atteint surtout les membres inférieurs. Il peut présenter les différents aspects du pseudo-éléphantiasis. En général, il s'accompagne dé dermite chronique avec état papillomateux ichthyosiforme de la peau etc., et souvent même d'excroissances frambœsoïdes occupant une grande partie du dos du pied, des orteils, du cou-de-pied, etc.

Ces masses papillomateuses peuvent remonter vers la jambe ; elles sont rouges, dures, mamelonnées, crevassées, saignent facilement. D'autres fois, elles sont comme incrustées d'un épiderme épais, sec et corné. Il se produit souvent dans leur épaisseur des espèces de petits abcès. Ces placards papillomateux peuvent s'ulcérer, donnant lieu à des ulcérations superficielles ou profondes, à base et à bords calleux, fongueux, de mauvais aspect, pouvant même pénétrer jusqu'aux os nécrosés. (Voir Planche III, *figure* 4.)

Ces placards papillomateux ne sont autre chose que du lupus scléreux ou demi-scléreux. Dans d'autres cas au contraire, ce sont des placards de dermite éléphantiasiforme simple et non tuberculeuse, comme le démontrent l'examen histologique et les inoculations.

Très souvent, comme je l'ai montré en 1886 dans mes leçons sur le lupus à l'hôpital Saint Sauveur, les lésions sont mixtes, à la fois pseudo-éléphantiasiques et scrofulo-tuberculeuses. (H. Leloir, OEdème dur et lymphangites chroniques, pachydermie, état éléphantiasiforme compliquant le lupus. Cliniques de l'hôpital Saint Sauveur, 1886.)

Il existe en outre fréquemment des cicatrices étendues, plates ou rétractées en forme d'entonnoir et consécutives à l'évolution de scrofulo-tuberculômes profonds et volumineux.

A travers la masse résistante, dure, des parties molles hypertrophiées, on sent que les os de la jambe, des orteils, etc., sont épaissis d'une manière régulière ou bien bosselés en certains points et rugueux. L'on constate parfois des trajets fistuleux communiquant avec l'os carié ou nécrosé.

Dans cette peau ainsi modifiée, hypertrophiée, il peut se faire encore pendant de longues années de nouvelles poussées de lupômes. Mais le lupus peut aussi disparaître et être masqué par le pseudo-éléphantiasis. Dans ce dernier cas, le point de départ de l'éléphantiasis peut échapper au médecin, s'il n'a soin d'étudier attentivement les antécédents du malade et de rechercher avec soin les traces de la scrofulo-tuberculose.

L'éléphantiasis procède ordinairement par accès; mais ces accès, ces poussées de lymphangites érysipélatoïdes ne sont pas aussi accentués et ne sont pas suivis d'une augmentation aussi prononcée du membre que dans l'éléphantiasis vrai des tropiques.

Les lésions suivent une marche ascendante très lente, du pied vers la racine du membre et il faut de longues années pour que l'état pseudo-éléphantiasique atteigne des proportions sérieuses.

Le pseudo-éléphantiasis s'arrête d'ordinaire au genou; la cuisse n'est envahie que rarement et très tardivement. (Voir PLANCHE VIII, *figure* 6.)

Le pseudo-éléphantiasis lupeux aggrave le pronostic du lupus. Il semble par ses poussées lymphangitiques pouvoir favoriser la dissémination du virus tuberculeux.

Il peut s'accompagner de lymphangites tuberculeuses ou mixtes, avec production de gommes scrofulo-tuberculeuses sur le trajet des lymphatiques et dans les ganglions aboutissant, comme je l'ai montré dans mon mémoire sur le lupus et le système lymphatique.

Le lupus des membres s'accompagne à la longue assez fréquemment d'engorgements scrofulo-tuberculeux des ganglions correspondants. Ceux-ci finissent par s'abcéder, donnant lieu à des ulcérations de mauvaise nature, à des écrouelles à marche très lente. Ces écrouelles ganglionnaires se compliquent souvent de gommes scrofulo-tuberculeuses superficielles ou profondes qui à leur tour donnent également lieu à des ulcères écrouelleux. (Voir PLANCHE VIII, *figures* 3 et 4.)

Arrivé à ces degrés extrêmes, le membre déformé, mutilé, hypertrophié, devient dans certains cas absolument inutile et l'amputation est pour le malade un véritable soulagement et un moyen de lui éviter peut-être une infection tuberculeuse générale.

L'observation suivante constitue un exemple très remarquable des troubles, mutilations et déformations que le lupus des extrémités peut déterminer à la longue.

OBSERVATION

Julie F..., 35 ans, fermière, me fait appeler en consultation chez elle en février 1885, car depuis plusieurs années il lui est impossible de quitter la chambre et le fauteuil.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire alors qu'elle avait huit ans. Sa mère est morte six ans après, ayant longtemps toussé. Un de ses frères est atteint de tumeur blanche du genou. Sa sœur aînée présente des cicatrices nettes d'écrouelles sous-maxillaires. Ses deux autres sœurs sont bien portantes.

Il semble que chez la malade les manifestations scrofulo-tuberculeuses aient débuté vers l'âge de neuf ans. A cette époque apparut sur la face dorsale de la main droite un bouton qu'elle qualifie du nom de dartre et qui alla en s'étalant. Puis il se montra un placard « dartreux » analogue vers la région du coude droit. Vers la même époque une lésion de la peau des orteils de la jambe gauche, qu'elle qualifie d'engelure ulcérée, envahit progressivement la face dorsale du pied, puis la région malléolaire droite. Quelques mois après, apparurent sur la jambe et au niveau du genou des lésions semblables, dit-elle, aux dartres qu'elle portait au membre supérieur droit.

Pendant les années suivantes, il se montra le long de la région antérieure de l'avant bras, à la région du coude, à la face interne du bras, des lésions qu'un médecin consulté qualifia du nom d'abcès froids.

A la même époque apparurent au niveau de la région externe du mollet gauche, puis du creux poplité, deux gros abcès froids qui suppurèrent longtemps et finirent cependant au bout de quelques années par se cicatriser, grâce, dit-elle, à une pommade qui lui fut donnée par une vieille femme. Rendue confiante par ce résultat, elle continua à employer la pommade de cette empirique pour soigner les autres lésions. Malgré cela celles-ci augmentèrent, des espèces de grosseurs qui depuis longtemps s'étaient montrées sur ses doigts, et qui semblent avoir été produites par des gommes scrofulo-tuberculeuses ou des caries osseuses, se fondirent, suivant son expression, grâce, croyait-elle, à l'effet de la pommade. Mais plus tard et progressivement apparurent les déformations et mutilations que nous allons décrire.

En même temps de nouvelles lésions dartreuses se montrèrent du côté du membre inférieur, et elle eut, dit-elle, un érysipèle de la jambe.

Depuis lors ces poussées érysipélatoïdes se répétèrent fréquemment jusqu'à l'âge de trente-deux ans, au point qu'elle n'y prit plus guère attention.

Elle en avait plus d'une par an. Cependant elle a remarqué qu'après ce premier érysipèle sa jambe est devenue plus grosse, a augmenté continuellement de volume, que cette augmentation de volume était surtout prononcée après les poussées érysipélatoïdes. Vers l'âge de 29 ans, la jambe et le pied devenus monstrueux, étaient couverts d'ulcérations et la peau, d'après son dire, avait pris l'aspect de la peau d'un éléphant.

Elle consulta plusieurs médecins qui lui prescrivirent différents traitements internes « dépuratifs » et des « graisses ».

Depuis quelques années, elle se soigne elle-même, se bornant à mettre de la crème fraîche sur les parties malades; ce qui, dit-elle, la soulage un peu.

État actuel. — Femme pâle, amaigrie, atteinte de séborrhée huileuse de la face. Elle est assise dans un fauteuil qu'elle ne peut guère quitter que pour se traîner au moyen d'une béquille, ou pour se mettre au lit. Elle a des quintes de toux, suivies d'expectoration muco-purulente. Elle n'a jamais craché le sang. La toux a débuté il y a quatre ans. Elle a parfois un peu de fièvre, sue la nuit et a peu d'appétit.

Membre inférieur gauche. — Le pied et la jambe gauche jusqu'au dessus du genou sont le siège d'un pseudo-éléphantiasis scrofulo-tuberculeux énorme.

Le pied a au moins quintuplé de volume, et a pris une forme cylindrique. Les orteils énormément hypertrophiés, accolés les uns contre les autres se distinguent avec peine. Ils sont recouverts de saillies papillomateuses séparées çà et là par des crevasses et des ulcères qui présentent les caractères du lupus scléreux. Les saillies papillomateuses sont excessivement prononcées au niveau du cou-de-pied. A partir de ce niveau, la jambe présente, sans exagération, le volume de la jambe d'un rhinocéros avec laquelle ce membre inférieur présente d'ailleurs une certaine analogie lointaine.

Au niveau de la malléole interne, se trouve une ulcération profonde, fongueuse, de mauvais aspect, à bords fortement calleux. Le stylet introduit dans le centre de cette ulcération permet de constater dans sa profondeur une surface osseuse dénudée correspondant sans doute à la malléole interne.

La peau de la jambe présente tous les caractères de la peau de la pachydermie avec état ichthyosiforme. Çà et là se trouvent disséminés des placards papillomateux, quelques-uns croûteux, crevassés et ulcérés, rappelant le lupus scléreux.

Il existe en outre quelques ulcérations à fond lardacé, à bords calleux, de volume variable, mais ne dépassant pas l'étendue d'une pièce de 2 sous.

Çà et là apparaissent des cicatrices blanchâtres, irrégulières : L'une d'elles, grande comme une pièce de 2 francs, fortement déprimée en entonnoir, adhère à l'os près de la tubérosité externe du tibia.

Au niveau du creux poplité, l'on voit une cicatrice large, profonde, déprimée, adhérente aux tissus profonds.

La peau du pied et de la jambe présente la consistance du caoutchouc, et tous les caractères de la pachydermie.

Il semble à la palpation que le tibia et le péroné sont rugueux et hypertrophiés vers leur partie moyenne. Au niveau de la face antéro-externe moyenne de la cuisse, se trouve un placard bien net de lupus en partie non exedens, en partie croûteux, de l'étendue de la paume de la main. Ce placard vient éclairer mon diagnostic.

Au niveau de la pointe du triangle de Scarpa, se trouvent deux gommes scrofulo-tuberculeuses dermo-hypodermiques ulcérées, grandes comme des pièces de 2 sous. Au niveau de la région inguinale et crurale supérieure correspondante, se trouvent des écrouelles ganglionnaires et cutanées très accentuées avec ulcération, décollement de la peau, ponts cutanés et cicatrices caractéristiques.

Le membre est parfois le siège d'élancements assez douloureux, bien que la sensibilité cutanée soit fort diminuée.

La malade ne peut absolument pas se servir de ce membre qui la gêne par son poids, qu'elle traîne derrière elle et qu'elle voudrait, dit-elle en plaisantant, mettre en écharpe. Il existe un certain degré de pseudo-ankylose du genou.

Membre supérieur droit. — Le coude est dans la demi-flexion par suite d'une ankylose qui paraît due en grande partie à une vaste cicatrice englobant la région du coude et consécutive au placard lupeux.

L'on observe en outre au niveau du coude (région antéro-externe) une cicatrice déprimée pouvant faire soupçonner un envahissement de l'articulation.

Le long de la face interne du bras se trouvent trois cicatrices déprimées grandes comme des pièces de 1 fr.

Au niveau du creux axilliaire se trouvent quelques cicatrices profondes et déprimées. Au centre de l'une d'elles se trouve un trajet fistuleux laissant sécréter un pus séreux et grumeleux, dans lequel le stylet pénètre profondément.

Au niveau du tiers supérieur du radius se trouve une dépression en entonnoir dont le fond présente un trajet fistuleux communiquant avec un os dénudé, comme l'indique le stylet. Ce trajet fistuleux se dirige en remontant vers l'articulation du coude. En outre le tiers supérieur du radius et du cubitus sont le siège d'une hyperostose assez prononcée.

Au niveau de la région antérieure et postérieure de l'avant-bras, se trouvent disséminées des cicatrices irrégulières et de volume variable consécutives évidemment à un infiltrat lupeux disparu et cinq à six placards de lupus non exédens ou de lupus ulcéro-croûteux variant de l'étendue d'une pièce de 2 francs à celle d'une pièce de 5 francs.

On trouve en outre, au niveau du 1/3 inférieur du cubitus à sa région postéro-interne, deux cicatrices déprimées, adhérentes à l'os. Ces cicatrices consécutives évidemment à des gommes scrofulo-tuberculeuses présentent çà et là quelques nodules lupeux à leur périphérie.

Sur le dos de la main se trouve une infiltration de lupus scléreux en partie crevassé et ulcéré, en partie cicatrisé, s'étendant sur la moitié supérieure de la face dorsale des doigts sauf le pouce et envahissant le tiers de la paume de la main par son bord cubital.

Les os du métacarpe sauf celui du pouce sont fortement épaissis, principalement au niveau de leur extrémité inférieure. Le cinquième métacarpien, raccourci par suite d'une nécrose partielle paraissant survenue à sa partie moyenne et accompagnée d'une fistule située à la face dorsale de la main, a chevauché pour recouvrir en partie et en biais le quatrième métacarpien.

Le deuxième métacarpien a également chevauché pour couvrir en partie le troisième métacarpien et se trouve dans une véritable extension forcée.

Les doigts déformés sont disposés en griffes sauf le médius lequel est atteint d'un spina-ventosa accentué et paraît allongé.

La 1re et la 2e phalange de l'annulaire ont disparu presque complètement, de telle sorte que ce doigt se trouve représenté par une sorte de moignon informe à l'extrémité duquel se trouve un ongle.

Il existe un placard lupeux grand comme une pièce de 50 centimes (lupus scléreux papillomateux) au niveau de la face dorsale de la phalangette du pouce et entourant l'ongle, lequel soulevé par le tissu lupeux se trouve en partie détaché.

En présence de mutilations aussi affreuses, je me bornais à prescrire un traitement palliatif, destiné à combattre autant que possible l'envahissement scrofulo-tuberculeux et à améliorer l'état général de la malade.

Je n'osais pas, vu la tuberculose pulmonaire assez avancée dont elle était atteinte, conseiller l'amputation du bras et de la cuisse (qui eût été peut-être pour elle cependant un véritable soulagement).

Cette pauvre femme mourut deux ans après cachectisée et phthisique. L'amputation des membres l'aurait-elle sauvée ? Je ne le crois pas.

Organes génitaux externes.

Le lupus des organes génitaux externes est extrêmement rare. Le plus souvent il se montre consécutivement à la propagation vers les organes genitaux d'un lupus des fesses ou de la cuisse.

Il peut toutefois se développer primitivement sur le pénis, le scrotum, comme Bazin, Hebra, Kaposi, Hans Hebra, Barthélemy, etc., etc, en ont relaté des exemples.

Quant au lupus de la vulve, il est également très rare. Nous en parlerons à propos du lupus des muqueuses.

En dépouillant les observations recueillies, dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 312 cas de lupus, les placards lupeux se distribuaient de la façon suivante :

Tête.	Face.	Front.			=	18 fois.
		Paupière	inférieure.	droite	=	19 fois.
				gauche.	=	20 fois.
			supérieure	droite	=	18 fois.
				gauche.	=	12 fois.
		Angle interne de l'œil			=	24 fois.
		Nez	aile	droite	=	15 fois.
				gauche.	=	25 fois.
			bout		=	30 fois.
			totalité		=	99 fois.
		Centre joue			=	53 fois.
		Régions	zygomatique	gauche.	=	123 fois.
				droite	=	71 fois
			naso-génienne	gauche.	=	157 fois.
				droite	=	72 fois.
			massétérine	droite	=	62 fois.
				gauche.	=	60 fois.
			préauriculaire	droite	=	45 fois.
				gauche.	=	36 fois.
		Sourcil		droit	=	16 fois.
				gauche	=	15 fois.
		Lèvre		supérieure	=	73 fois.
				inférieure	=	15 fois.
		Menton			=	22 fois.
	Oreilles	droite			=	27 fois.
		gauche			=	29 fois.
	Cuir chevelu				=	4 fois.
Cou	Régions	sous-maxillaire		droite	=	39 fois.
				gauche	=	42 fois.
		sterno-mastoïdienne		gauche	=	24 fois.
				droite	=	20 fois.

Cou.	Régions	sus-claviculaire		gauche	= 11 fois.
				droite	= 9 fois.
		hyoïdienne		droite	= 20 fois.
				gauche	= 29 fois.
	Nuque				= 10 fois.
Tronc	Face	antérieure			= 9 fois.
		postérieure			= 6 fois.
Membres supérieurs	Bras	gauche	surface	extension	= 1 fois.
				flexion	= 5 fois.
		droit	surface	extension	= 3 fois.
				flexion	= 8 fois.
	Coude	droit			= 8 fois.
		gauche			= 8 fois.
	Avant-bras	droit	face	extension	= 2 fois.
				flexion	= 12 fois.
		gauche	face	extension	= 3 fois.
				flexion	= 9 fois.
	Mains	gauche	face	dorsale	= 10 fois.
				palmaire	= 2 fois.
		droite	face	dorsale	= 23 fois.
				palmaire	= 2 fois.
		Doigts	face	dorsale	= 13 fois.
				palmaire	= 0 fois.
Fesse	droite				= 6 fois.
	gauche				= 4 fois.
Membres inférieurs	Cuisse	droite	face	extension	= 0 fois.
				flexion	= 8 fois.
		gauche	face	extension	= 0 fois.
				flexion	= 7 fois.
	Genou	droit	face	extension	= 0 fois.
				flexion	= 3 fois.
		gauche	face	extension	= 0 fois.
				flexion	= 3 fois.
	Jambe	droite	face	extension	= 1 fois.
				flexion	= 6 fois.
		gauche	face	extension	= 0 fois.
				flexion	= 17 fois.
	Pieds	droit	face	dorsale	= 8 fois.
				plantaire	= 0 fois.
		gauche	face	dorsale	= 3 fois.
				plantaire	= 1 fois.
		Orteils			= 1 fois.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, j'ai observé que sur 312 cas de lupus, les placards lupeux observés chez le même individu ont eu pour siège primordial les régions suivantes :

Front partie inférieure			= 8 fois.
Angle interne de l'œil		droit.	= 2 fois.
		gauche.	= 9 fois.
Nez	aile droite		= 4 fois.
	aile gauche		= 19 fois.
	dos		= 20 fois.
	bout		= 13 fois.
	narine, muqueuse	droite	= 6 fois.
		gauche.	= 13 fois.
	cloison		= 5 fois.
Centre joue		droite	= 34 fois.
		gauche.	= 22 fois.
Régions	préauriculaire	droite	= 14 fois.
		gauche.	= 4 fois.
	naso-génienne	droite	= 2 fois.
		gauche.	= 6 fois.
	zygomatique	droite.	= 8 fois.
		gauche.	= 2 fois.
	massétérine	droite.	= 2 fois.
		gauche.	= 4 fois.
	maxillaire		= 9 fois.
	de l'angle du maxillaire		= 4 fois.
Lèvre supérieure			= 4 fois.
Régions	sterno-mastoïdienne	droite.	= 2 fois.
		gauche.	= 2 fois.
	parotidienne droite		= 3 fois.
Lobule de l'oreille			= 6 fois.
Olécrâne			= 4 fois.
Poignet face dorsale			= 7 fois.
Articulation métacarpo-phalangienne		médius.	= 5 fois.
		pouce.	= 4 fois.
Région palmaire gauche			= 2 fois.
Dos de la main droite			= 4 fois.
Dos de la main gauche			= 4 fois.
Doigts (face dorsale)			= 5 fois.
Fesse droite			= 4 fois.
Cuisse droite			= 4 fois.
Creux poplité gauche			= 2 fois.

JAMBE.	partie inférieure	=	6 fois.
	moyenne des 2	=	4 fois.
	tendon d'Achille	=	7 fois.
PIED.	face dorsale	=	8 fois.
	orteils	=	6 fois.

Lupus des muqueuses.

Les muqueuses adjacentes à la peau peuvent être envahies par le lupus. Il est très difficile d'évaluer même approximativement la fréquence relative du lupus des muqueuses par rapport à celle du lupus de la peau.

Ainsi sur 312 cas de lupus dont j'ai recueilli les observations depuis 1884 je trouve, comme on peut le constater dans le tableau suivant, 109 cas de lupus des muqueuses ainsi réparti au point de vue régional :

Muqueuse nasale		droite	=	40 fois.
		gauche	=	43 fois.
Conjonctives palpébrales		droite	=	2 fois.
		gauche	=	5 fois.
MUQUEUSE BUCCALE.	joue	droite	=	7 fois.
		gauche	=	3 fois.
	lèvre	supérieure	=	11 fois.
		inférieure	=	9 fois.
	gencives	supérieure	=	39 fois.
		inférieure	=	7 fois.
	voûte palatine		=	9 fois.
	luette		=	8 fois.
	piliers — antérieurs	droit	=	8 fois.
		gauche	=	4 fois.
	piliers — postérieurs	droit	=	2 fois.
		gauche	=	2 fois.
	amygdale	droite	=	4 fois.
		gauche	=	4 fois.
	Langue		=	1 fois.
MUQUEUSE PHARYNGÉE.	paroi postérieure		=	7 fois.
MUQUEUSE LARYNGÉE.	épiglotte		=	5 fois.
	cordes vocales	droite	=	2 fois.
		gauche	=	3 fois.
	région inter-aryténoïdienne		=	3 fois.

Cette proportion de 109 sur 312 doit être comparée à certaines statistiques et en particulier à celle de Block (élève de Neisser), lequel a constaté que dans 135 cas de lupus, la peau a été atteinte 121 fois et les muqueuses 14 fois, et à celle de Max Bender (élève de Doutrelepont), lequel a constaté que dans 380 cas de lupus, les muqueuses ont été envahies 173 fois.

Notons encore que le lupus des muqueuses est notablement plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Sur 109 cas de lupus des muqueuses qu'il m'a été donné d'étudier, 31 existaient chez des hommes et 78 chez des femmes. — Sur 175 cas de lupus des muqueuses observés par Bender, 49 se sont rencontrés chez les hommes et 124 chez les femmes.

Quant aux muqueuses le plus souvent envahies, ce sont les muqueuses des cavités et orifices naturels de la tête, et en première ligne la muqueuse nasale, bucco-pharyngée ; viennent ensuite la muqueuse conjonctivale et du conduit lacrymal, la muqueuse laryngée, puis en dernière ligne la muqueuse ano-rectale et des organes génitaux externes.

Cette fréquence beaucoup plus grande du lupus, au niveau des muqueuses des cavités et orifices naturels de la tête, n'a rien qui doive nous surprendre, car la face est de beaucoup le siège le plus fréquent du lupus.

Dans la grande majorité des cas, d'après la plupart des dermatologistes, le lupus des muqueuses ne serait pas primitif, mais secondaire à un lupus du tégument externe, lequel envahit progressivement et par contiguité les muqueuses adjacentes. Moins souvent le lupus des muqueuses se montrerait sur celles-ci sans qu'il y ait eu propagation directe et appréciable d'un lupus tégumentaire existant préalablement.

Le lupus des muqueuses, absolument localisé et isolé à celles-ci, existant avant toute trace de lupus du côté de la peau est chose rare. Ainsi dans mes 312 cas de lupus je n'en ai observé que 21 cas.

Ainsi Renouard, sur 280 cas de lupus ne l'a observé que 3 fois. Dans ses 380 cas de lupus, Bender ne l'a observé que 6 fois (2 hommes, 4 femmes).

La plupart des dermatologistes ont dit qu'il était rare de voir le lupus débuter par une muqueuse pour envahir ensuite secondairement et par propagation de voisinage le tégument externe adjacent.

Cependant les travaux et les statistiques de Neisser et de son élève Block tendraient à prouver que plus souvent qu'on ne le pense, le lupus vulgaire débute par les muqueuses et en particulier par la muqueuse nasale pour se propager ensuite de là à la peau adjacente, comme l'avaient d'ailleurs déjà écrit Bazin, Rayer, Cazenave, Pohl, Wernher, Lailler, Homolle. (Voir le chapitre relatif au lupus des muqueuses étudié suivant son siège.)

En dépouillant 109 observations de lupus des muqueuses que j'ai recueillies, j'ai constaté que le lupus des muqueuses a débuté :

1° Par la surface cutanée 88 fois.

Dans ce cas il a débuté par les régions suivantes :

Angle interne de l'œil gauche			= 8 fois.
Nez	aile	droite	= 12 fois.
		gauche	= 9 fois.
	bout		= 20 fois.
Centre	joue	gauche	= 9 fois.
		droite	= 7 fois.
Régions	zygomatique	droite	= 10 fois.
		gauche	= 2 fois.
	préauriculaire	droite	= 2 fois.
		gauche	= 2 fois.
Lèvre supérieure			= 7 fois.

2° Par la surface muqueuse 21 fois (lupus primitif des muqueuses).

Dans ces cas, il a débuté par les régions suivantes :

Base de la cloison			= 3 fois.
Narine gauche	partie	externe	= 2 fois.
		interne	= 7 fois.
Narine droite	partie	externe	= 3 fois.
		interne	= 6 fois.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que parfois les lupeux accusent, longtemps avant l'apparition de leur lupus cutané, des phénomènes du côté de la muqueuse nasale, phénomènes que l'on prend souvent pendant de longues années pour de la rhinite ou de l'eczéma des narines. Sur 312 cas de lupus, j'ai pu constater 21 fois ce début par la muqueuse nasale.

Je n'ai jamais vu le lupus d'une autre muqueuse que celle du nez, précéder d'une façon évidente le lupus de la peau.

Je dois ajouter que le lupus primitif des muqueuses et de la muqueuse nasale en particulier est sans doute plus fréquent que ne l'indiquent les statistiques, car très souvent les malades ignorent absolument l'existence d'un lupus des muqueuses parfois très prononcé. Leur attention n'est attirée par le mal, que lorsque celui-ci siège à la peau. — Le lupus des muqueuses doit, en effet, être cherché par le médecin, sous peine de passer inaperçu.

Pontoppidan sur 100 cas de lupus a constaté que la muqueuse nasale a été envahie primitivement 23 fois. Raudnitz a vu chez plusieurs malades le lupus débuter par les muqueuses et cela 4 fois par la muqueuse nasale et 1 fois par la muqueuse pharyngée. Obertuschen décrit un cas de lupus du larynx ayant précédé de six mois un lupus de la peau du nez. Bull, Bresgen, publient des observations qui viennent appuyer l'opinion de Wernher et de Neisser. Raulin dans sa

remarquable thèse sur le lupus primitif de la muqueuse nasale publie 22 cas de çette affection.

Sur 147 cas, Bender a pu constater que le lupus avait débuté par les muqueuses 46 fois.

L'on voit donc que depuis quelques années, un certain nombre de dermatologistes tendent à faire jouer un grand rôle aux muqueuses comme point de départ du lupus. Depuis un certain temps, le rôle joué par les muqueuses et par la muqueuse nasale en particulier dans la culture, la pullulation et l'extension du virus tuberculeux semble être à l'ordre du jour et attire de plus en plus l'attention des médecins.

Cette opinion montre l'importance du conseil donné par Pohl puis par Lailler, sur la nécessité absolue qu'il y a d'examiner les orifices et cavités muqueuses dans tous les cas de lupus.

Avant d'aborder l'étude du lupus des muqueuses étudié suivant son siège, il importe de décrire d'une façon générale la symptomatologie du lupus du tégument interne (muqueuses).

Disons de suite que le lupus des muqueuses se présente sous des aspects très variables.

Cependant, comme je l'ai dit plus haut, l'étude du lupus du tégument interne (muqueuses) de même que l'étude du lupus du tégument externe (peau), comprend :

A. — L'ÉTUDE DU LUPUS A SA PÉRIODE D'AUGMENT, C'EST-A-DIRE L'ÉTUDE DU LUPUS PLAN, ET DU LUPUS SAILLANT — LUPUS NON EXEDENS.

B. — L'ÉTUDE DU LUPUS A SA PÉRIODE DE RÉGRESSION OU DE DÉGÉNÉRESCENCE, C'EST-A-DIRE : L'ÉTUDE DE LA RÉSORPTION INTERSTITIELLE, DE LA DÉGÉNÉRESCENCE FIBREUSE (LUPUS SCLÉROSÉ), DE L'ULCÉRATION (LUPUS EXEDENS).

Il nous faudra dire aussi quelques mots, pour terminer, des variétés atypiques du lupus vulgaire des muqueuses.

Après la description que nous avons faite de la symptomatologie du lupus du tégument externe, nous pourrons être bref sur la symptomatologie du lupus du tégument interne. Nous n'aurons en effet qu'à insister sur ce que celle-ci présente de spécial par suite de son siège anatomique.

A. — SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE DU LUPUS DU TÉGUMENT INTERNE A SA PÉRIODE D'AUGMENT.

a. — Lupus plan.

Remarquons, dès le début, que, qu'il s'agisse de lupus plan ou du lupus saillant, le nodule lupeux sucre d'orge classique que nous avons décrit à propos

du lupus de la peau, ne s'observe que très exceptionnellement sur les muqueuses. Cela tient à l'anatomie spéciale de ce tégument.

Dans des cas très rares, on peut observer des lupômes présentant tous les caractères des nodules du lupus plan, tels que nous les avons décrits à propos du lupus de la peau. C'est ainsi que dans un cas, j'ai pu observer ces nodules caractéristiques sur la luette et les piliers antérieurs du voile du palais et dans un autre cas sur la face interne de la lèvre inférieure.

C'est ainsi que Chiari et Riehl ont observé des nodules semblables au niveau du larynx. Mais il faut bien noter que, dans ces différents cas, les nodules lupeux classiques se sont montrés dans des cicatrices plus ou moins anciennes de lupus des muqueuses.

Au début, l'on observe quelquefois sur la muqueuse une coloration vineuse, d'un rouge violacé, livide, parsemée quelquefois de petites veinosités. Ces plaques, remarquables en général par leur aspect luisant et leur état particulier de sécheresse, correspondent à ce que certains auteurs, entre autres Homolle, ont décrit sous le nom d'érythème livide. Leur teinte n'est souvent pas uniforme. On trouve, surtout aux lèvres et sur la muqueuse des joues, des surfaces d'apparence laiteuse, d'un ton rose un peu pâle, un peu bleuâtre, et çà et là des érosions très superficielles qui rappellent plus ou moins les plaques muqueuses (Homolle). Elles peuvent s'accompagner de gonflement diffus, d'infiltration œdémateuse de la muqueuse.

Comme je l'ai pu constater dans un examen histologique, elles sont constituées par un infiltrat lupômateux diffus et superficiel.

Elles correspondent dans certains cas à la variété de lupus vulgaire que j'ai désignée sous le nom de lupus vulgaire érythématoïde.

Dans d'autres cas, sur un fond érythémateux, les lupômes se présentent sous l'aspect de petits nodules gros comme des grains de millet ou des têtes d'épingle, tantôt d'un rose blâfard, demi transparent, tantôt d'une coloration grisâtre perlée, rappelant les granulations tuberculeuses miliaires demi transparentes, tantôt enfin d'une coloration plus rouge et rappelant de minuscules bourgeons charnus, aplatis et à peine naissants. Ces lupômes sont souvent recouverts par un épithélium opalin ou argenté tendant à se détacher sur quelques-uns d'entre eux.

C'est sous ces différents aspects que se présente d'ordinaire le lupus vulgaire, lorsqu'on peut l'observer tout à fait au début, ce qui est très rare, car d'ordinaire, par suite de son extrême indolence, ainsi que nous le dirons tout à l'heure, le lupus des muqueuses passe inaperçu.

Dans deux cas, j'ai pu constater, au moyen du scarificateur et de la curette, que ces lupômes présentaient la consistance molle caractéristique des tubercules lupeux.

Mais dans quelques autres cas, ces nodules m'ont paru d'une consistance plus dense que les nodules de la peau.

Cela tient-il à ce que le lupus des muqueuses est plus souvent demi-scléreux

que le lupus de la peau ? Cette apparence tient-elle au contraire à ce que les muqueuses, présentant une consistance moins dense que la peau, l'infiltrat lupeux y paraît plus résistant ?

b. — Lupus élevé.

Les nodules lupeux en s'accroissant, se présentent tantôt sous l'aspect des granulations si bien étudiées en 1871 par Isambert. Tantôt ce sont des saillies mamelonnées ou un peu acuminées, recouvertes d'un épithélium blanchâtre et altéré, qui, si on l'enlève au moyen d'une friction douce, laisse apparaître sous lui un tubercule brunâtre, parfois livide, saignant assez facilement. Cet épiderme tend d'ailleurs à s'exfolier par lui-même spontanément. Ainsi se produisent des exulcérations plus ou moins étendues ou des sortes de crevasses.

Dans certains cas, lorsqu'ils sont peu volumineux, ces tubercules peuvent simuler les plaques muqueuses syphilitiques (plaques muqueuses scrofuleuses de Lailler et Homolle).

D'ordinaire les placards lupeux prennent un aspect légèrement papillomateux dû sans doute, comme l'ont fait remarquer Chiari et Riehl, à ce que l'épiderme mollasse de la muqueuse offre moins de résistance à l'accroissement du lupôme que l'épiderme dense de la peau. Aussi le lupus des muqueuses se présente-t-il très souvent à cette époque sous l'aspect de placards mamelonnés, papillomateux.

Ainsi se produisent des plaques de formes variables en général, à contours plus ou moins circulaires ou serpigineux, irréguliers, à surface plus ou moins finement mamelonnée ou au contraire papillomateuse, recouvertes d'un épiderme blanchâtre, tantôt épaissi, tantôt aminci, desquamant.

Ainsi apparaissent des érosions saignantes, des excoriations douloureuses plus ou moins étendues et plus ou moins profondes, et même parfois de petites plaies superficielles d'un rouge blafard dont le fond est parsemé de petites granulations livides.

La muqueuse peut, dans certains cas, s'épaissir et se tuméfier d'une façon considérable. Le placard prend alors un aspect bosselé, se couvre de gros mamelons séparés par des sillons plus ou moins profonds, mamelons présentant eux-mêmes une apparence bourgeonnante. La muqueuse malade offre ainsi un aspect hypertrophique mûriforme, bien étudié par Homolle.

Outre ces placards principaux résultant de la confluence des lupômes, l'on trouve souvent disséminés çà et là autour des placards plus anciens, des nodules miliaires ou des saillies légèrement papillomateuses du volume d'un grain de millet, reposant ou non sur une muqueuse enflammée.

La couleur des plaques papillomateuses varie du rouge clair au rouge brun; elle est souvent plus pâle que la muqueuse ambiante. La muqueuse qui entoure les lésions lupeuses est un peu épaissie, rouge, enflammée, œdémateuse. Le catarrhe chronique de la muqueuse, une inflammation plus ou moins diffuse, les

altérations des glandes de la muqueuse, qui sont le siège d'une hypersécrétion, la formation de crevasses, de foyers de suppuration, viennent modifier notablement l'aspect de la lésion.

Tel est le lupus élevé des muqueuses. Il peut suivre parfois une marche serpigineuse. Que l'on ait affaire au lupus plan ou au lupus élevé, il ne faut pas oublier que le lupus non exedens des muqueuses constitue en général une affection remarquable par le peu de phénomènes subjectifs qu'elle détermine. Le lupus non exedens des muqueuses est en général indolore ou presque indolore. En un mot, comme l'a bien dit Lailler, il demande à être cherché.

Les ganglions lymphatiques où se rendent les vaisseaux lymphatiques partant des territoires lupiques infectés, sont assez fréquemment atteints, lorsque le lupus est étendu.

J'ai pu démontrer, comme on le verra plus loin, que ces adénopathies sont fréquemment de nature franchement tuberculeuse, et non de nature inflammatoire, comme on l'a écrit.

Tel est le lupus non exedens des muqueuses.

B. — Symptomatologie du lupus des muqueuses a sa période de régression ou de dégénérescence.

Au bout d'un certain temps, les lupômes des muqueuses, de même que les lupômes de la peau, subissent une métamorphose régressive, laquelle peut se faire de trois manières,

A. — Résorption interstitielle.

Dans ce cas, l'on voit peu à peu le lupôme ou l'infiltrat lupeux diminuer de volume, s'affaisser, s'aplatir, se flétrir, se fondre, se résorber. En même temps l'épithélium qui recouvre ces lupômes atteints de résorption interstitielle présente une coloration d'un gris argenté, s'exfolie, comme le fait également l'épithélium qui recouvre les nodules lupeux de la peau. On se trouve en présence d'un véritable lupus exfoliatif des muqueuses. Ainsi se produisent des cicatrices plus ou moins étendues suivant les cas, d'un blanc grisâtre ou argenté, quelquefois nacrées et brillantes, plus ou moins scléreuses, affectant une forme linéaire ou plus ou moins ronde, et se rétrécissant progressivement. Le rétrécissement progressif de ces cicatrices amènera, comme on le conçoit, l'atrophie des régions envahies, atrophie très remarquable au niveau de l'isthme du gosier, de la luette, des orifices naturels de la face, et pouvant être la cause de troubles fonctionnels variés.

B. — Dégénérescence fibreuse du Lupus (Lupus sclérosé).

Le nodule lupeux prend une teinte plus livide, parfois un peu violacée. Sa consistance augmente, son volume diminue, il tend à s'affaisser, à s'aplatir. Sa coloration devient plus blanche, plus nacrée, et le lupôme se transforme ainsi en un nodule fibreux un peu saillant. Si l'on incise ces nodules fibreux, ils présentent tous les caractères d'une cicatrice nodulaire. On constate parfois une légère exfoliation de l'épiderme à leur surface. La muqueuse s'atrophie au niveau des nodules fibreux auxquels elle adhère. Jamais je n'ai observé dans le lupus sclérosé des muqueuses les transformations chéloïdiennes, que j'ai signalées en étudiant le lupus scléreux de la peau.

C. — Ulcération du Lupus (Lupus exedens.)

Dans d'autres cas, surtout lorsque l'infiltrat lupômateux est considérable, on voit se produire çà et là dans le placard lupeux, des crevasses, dont la formation s'accompagne de la nécrose partielle ou totale et plus ou moins rapide des lupômes. Ainsi se produisent des ulcérations d'étendue et de profondeur très variables. De même que pour le lupus de la peau, nous pouvons dans le lupus exedens des muqueuses distinguer plusieurs degrés.

a. — Lupus ulcéreux superficiel.

Lorsque le nodule lupeux doit s'ulcérer, il présente souvent sur les muqueuses un aspect pustuleux sur lequel a avec raison insisté Homolle. Ainsi se forment des ulcérations petites et arrondies, parfois miliaires et rappelant dans certains cas, au début, les ulcérations de la tuberculose vraie des muqueuses.

Dans cette variété, les ulcérations sont en général allongées, ou de forme ronde, larges ou très peu étendues, peu profondes. Leur fond est d'un jaune grisâtre, quelquefois rouge livide par places, lisse, rarement granuleux, revêtu par une sorte d'enduit diphthéroïde ou pultacé, d'aspect couenneux, recouvert d'un pus crémeux rappelant de la crème desséchée. Ce fond est fongueux, mou, se laisse pénétrer très facilement par le stylet mousse et saigne d'ordinaire très facilement.

Contrairement à la syphilis, les ulcérations lupeuses sont en général moins profondes, moins infiltrées au niveau de leur fond et de leurs bords, moins lardacées que dans cette maladie. Elles sont plus molles, plus fongueuses, plus végétantes et saignent plus facilement. Elles sont d'ordinaire plus indolores.

Les bords de ces ulcérations sont d'un rouge vineux, livide, parfois décollés. La muqueuse qui les entoure est d'ordinaire tuméfiée, violacée, livide.

Dans d'autres cas, la surface de ce fond est irrégulière, tapissée de bourgeons

livides et de mauvais aspect ou de granulations rougeâtres, blafardes ou opalines, plus ou moins grosses, qui saignent avec la plus grande facilité. Il arrive quelquefois que le bourgeonnement de ces ulcères s'exagère encore, et qu'il se couvre de saillies papillomateuses rouges ou blâfardes, séparées par des sillons dans lesquels se trouve du pus. Ces ulcères et ces bourgeons sont toujours plus ou moins dépressibles, fongueux, saignant facilement. Ils peuvent prendre un aspect exubérant très prononcé, rappelant le lupus fongueux frambœsiforme de Fuchs que nous avons décrit à propos du lupus de la peau.

Sous cet aspect, ils correspondent à la forme cancroïdale du lupus des muqueuses décrite par Homolle.

b. — Lupus ulcéreux serpigineux.

De même que le lupus ulcéreux de la peau, le lupus ulcéreux des muqueuses suit parfois une marche serpigineuse. Mais cette marche serpigineuse est en général moins rapidement envahissante que pour le lupus ulcéreux de la peau. Ce lupus serpigineux peut, dans sa marche très lentement extensive, produire à la longue des délabrements considérables.

c. — Lupus exedens détruisant en profondeur ou lupus ulcéreux profond.

Lorsque l''ulcération gagne en profondeur au lieu de s'étendre en surface, elle rappelle beaucoup, de même que pour le lupus de la peau, certaines gommes scrofulo-tuberculeuses. Ces ulcérations faites parfois comme à l'emporte-pièce et présentant un contour net, sont d'autres fois irrégulières, sinueuses, bourgeonnantes. Elles présentent chez certains lupeux une dépression infundibuliforme. Leurs bords sont parfois calleux. Leur dimension varie depuis le diamètre d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce de 5 francs en argent. Elles peuvent être assez térébrantes pour amener la perforation du voile du palais, j'en ai vu plusieurs exemples.

Elles peuvent produire la nécrose des os ou des cartilages adjacents et amener la perforation de la voûte palatine ou de la cloison du nez. Mais ces perforations complètes sont en somme chose très rare, et il ne faut pas oublier que l'on a souvent confondu avec le lupus des muqueuses et en particulier avec le lupus de la cavité bucco-pharyngée, des syphilides ulcéreuses de ces régions.

d. — Lupus vorax.

Lorsque l'ulcération lupeuse gagne en surface et en profondeur, elle peut produire des délabrements considérables, délabrements surtout effrayants du côté de la muqueuse bucco-pharyngée et nasale, car c'est surtout avec le lupus du centre de la face que l'on voit coexister le lupus vorax.

e. — Lupus phagédénique.

Que le lupus vorax des muqueuses, lequel en général, comme celui de la peau, est un lupus tuberculo-gommeux, au lieu d'évoluer en quelques années ou en plusieurs mois, évolue en quelques semaines, qu'il suive en un mot une marche galopante, et l'on aura le lupus phagédénique, lequel peut, en un temps excessivement court, produire des destructions effrayantes, comme dans l'observation que j'ai relatée page 80.

La marche du lupus des muqueuses est presque toujours remarquablement lente et torpide. La chronicité constitue son caractère essentiel. L'affection s'installe sournoisement et évolue d'une façon silencieuse pendant un temps variable, mais toujours long, et celà par poussées successives.

Débutant en général par de petits nodules miliaires ou des saillies papillomateuses, l'on voit le mal s'étendre par l'apparition de nouvelles lésions élémentaires et l'augmentation de volume des lupômes.

D'ordinaire l'on observe au bout d'un certain temps, sur le même placard, les différents processus régressifs que nous avons étudiés. Aussi l'on comprend que, de même que pour le lupus de la peau, le lupus des muqueuses présente en général une apparence très-polymorphe.

L'aspect particulier des placards résultant de la coexistence de ces différents stades du lupus est d'une grande importance au point de vue du diagnostic avec les syphilides.

La marche et l'évolution générale du mal sont les mêmes que pour le lupus de la peau.

Si chez certains sujets, le lupus évolue parfois d'une façon plus ou moins aiguë, si chez d'autres il présente des rémissions d'une durée plus ou moins longue, si certains placards lupeux peuvent même guérir spontanément, il ne faut pas oublier que le mal dure de longues années, suit en général une marche graduellement extensive, présentant des améliorations passagères, bientôt suivies de rechutes.

Cette marche essentiellement chronique est d'une importance majeure au point de vue du diagnostic d'avec les syphilides. Notons en passant que pour certains auteurs, le mercure déterminerait des poussées aiguës et augmenterait le gonflement des infiltrats lupeux. D'après Moure, Baratoux, les sulfureux donneraient parfois un nouveau coup de fouet à la maladie.

La muqueuse qui entoure les foyers lupeux présente elle-même toujours un degré plus ou moins prononcé d'inflammation, de catarrhe chronique.

La cicatrisation du lupus des muqueuses se fait en général avec une extrême

lenteur. Elle peut passer inaperçue. Il est fréquent de constater, du côté des muqueuses atteintes de lupus en voie d'évolution, des cicatrices plus ou moins prononcées, évidemment consécutives à la guérison de placards lupeux plus anciens.

Les cicatrices consécutives au lupus des muqueuses ne présentent rien de bien caractéristique dans leur forme ni dans leur structure, et il serait difficile de s'appuyer sur elles pour établir un diagnostic différentiel entre le lupus des muqueuses et les syphilides de ces régions.

Toutefois pour certains auteurs, entre autres pour Lailler, Bryk, Fougère, Constantin Paul, ces cicatrices seraient remarquables par leurs tractus soit rayonnés, soit parallèles, mais en général rayonnés, par leur coloration blanche, brillante et nacrée, par l'absence de pigmentation. Ces cicatrices sont souvent étendues.

Elles donnent lieu à des brides, à des adhérences qui peuvent amener des troubles fonctionnels notables, en particulier au niveau de la gorge et du larynx, comme nous le verrons bientôt.

Je ne les ai jamais vues devenir chéloïdiennes, contrairement à ce qui se produit parfois au niveau des cicatrices consécutives au lupus de la peau.

Ainsi que l'a fait remarquer Lailler, elles peuvent s'ulcérer de nouveau après un temps plus ou moins long. Chiari et Riehl ont insisté avec raison sur l'importance diagnostique des poussées nouvelles qui peuvent se faire dans les cicatrices.

Ces éruptions nouvelles ne se produisent plus d'ordinaire sous l'aspect papillomateux, mais bien sous l'aspect caractéristique des nodules miliaires de récidive que l'on observe au niveau des cicatrices de la peau. Comme aucune autre affection ne produit de pareilles éruptions dans les cicatrices, l'on peut dire que l'existence de ces nodules de récidive permet toujours de poser d'une façon sûre le diagnostic : Lupus.

L'on conçoit de quelle importance peut être cette constatation dans certains cas difficiles, lorsqu'il s'agit de distinguer le lupus des muqueuses de certaines syphilides des muqueuses en particulier.

DES VARIÉTÉS ATYPIQUES DU LUPUS VULGAIRE DES MUQUEUSES

De même que sur la peau, l'on peut observer sur les muqueuses les 4 variétés atypiques du lupus vulgaire que je crois également être le premier à avoir décrites du côté des muqueuses :

Le lupus vulgaire colloïde;

Le lupus vulgaire myxomateux;
Le lupus vulgaire scléreux et demi-scléreux;
Le lupus vulgaire érythématoïde.

Des quatre variétés précédentes la variété scléreuse est de beaucoup la plus fréquente, puis vient mais déjà plus rare, la variété érythématoïde.

Quant aux variétés colloïde et myxomateuse, elles sont excessivement rares au niveau des muqueuses.

1° *Lupus colloïde.*

Je n'ai jamais vu qu'un seul cas de lupus colloïde des muqueuses. La lésion siégeait au niveau du bord libre de la lèvre supérieure en se rapprochant de la surface cutanée. Aussi ce fait ne peut-il être considéré à proprement parler comme un lupus colloïde véritable des muqueuses.

Dans ce cas, comme d'ordinaire, les tubercules lupeux se présentaient sous un aspect vitreux demi-opaque. Ils étaient presque totalement dépourvus de vaisseaux sanguins. Ils renfermaient de petits kystes provenant de la dégénérescence colloïde d'une partie des éléments du lupôme et qui, dans quelques points, constituaient de petites cavités anfractueuses.

2° *Lupus myxomateux.*

Le lupus myxomateux des muqueuses est également chose rare, mais moins rare cependant peut-être que le lupus colloïde.

J'ai eu l'occasion d'en observer trois cas bien nets. Chose curieuse, dans ces 3 cas, les tubercules myxomateux des plus nets siégeaient au niveau de la luette, et en particulier au niveau de sa base. Les lupômes se présentaient comme d'ordinaire sous forme de nodules transparents, mollasses, d'apparence un peu gélatiniforme. Ils offraient à leur surface de fines arborisations vasculaires, rappelant celles que l'on observe à la surface de certains tubercules lépreux. Dans un cas, ces tubercules renfermaient de petits kystes punctiformes contenant une substance muqueuse. Je n'ai jamais vu s'ulcérer les tubercules du lupus myxomateux des muqueuses.

3° *Lupus scléreux et demi-scléreux.*

Le lupus scléreux des muqueuses n'a pas encore été décrit, que je sache, au niveau du tégument interne, pas plus que le lupus sclérosé.

Cette variété atypique du lupus vulgaire est cependant loin d'être rare au niveau des muqueuses et pour ma part, j'en ai vu de nombreux exemples dont quel-

ques-uns ont pu être étudiés au point de vue histologique, bactériologique et expérimental.

La description clinique du lupus scléreux de la peau que j'ai faite plus haut est entièrement applicable au lupus scléreux des muqueuses.

Pour éviter toute redite, j'y renvoie le lecteur en faisant remarquer toutefois que le lupus des muqueuses, par suite de l'altération de l'épithélium qui le recouvre, présente d'ordinaire une coloration blafarde, opaline, nacrée ou argentée.

Le lupus scléreux primitif, surtout dans sa variété demi-scléreuse, mamelonnée ou papillomateuse, semble, toutes choses égales d'ailleurs, plus fréquent au niveau des muqueuses qu'au niveau de la peau. Au contraire, la variété de lupus scléreux primitif, que j'ai désignée sous le nom de variété plane profonde, m'a paru être rare au niveau des muqueuses.

Quant au lupus scléreux secondaire, il m'a paru moins fréquent proportionnellement au niveau des muqueuses qu'au niveau de la peau.

Je crois utile d'insister de nouveau sur la grande fréquence du lupus demi-scléreux au niveau des muqueuses, sur son mélange très fréquent avec le lupus vulgaire siégeant à ce niveau.

Cette fréquence si grande du lupus demi-scléreux au niveau des muqueuses m'amènerait presque à dire que c'est sous cet aspect que le lupus se montre le plus ordinairement au niveau du tégument interne et que, si j'ai eu raison, dans mes travaux, de faire du lupus scléreux une variété atypique du lupus vulgaire en ce qui concerne la peau, je devrais presque au contraire faire du lupus scléreux (variété demi-scléreuse) le type du lupus que l'on observe le plus souvent au niveau des muqueuses.

4° *Lupus vulgaire érythématoïde.*

Je n'ai observé que deux fois, ainsi que je l'ai dit dans mon mémoire sur le lupus vulgaire érythématoïde (*Archives de physiologie*, 1890), cette variété atypique du lupus vulgaire.

Dans ces deux cas, le placard de lupus vulgaire érythématoïde de la muqueuse se continuait avec le lupus vulgaire érythématoïde de la peau adjacente.

Dans un cas, le lupus siégeait au niveau du bord libre et un peu à la face interne de la lèvre supérieure et atteignait environ l'étendue d'une pièce de 1 franc.

Dans l'autre cas, le placard lupeux siégeait au niveau du bord libre et de la face interne de la lèvre inférieure et présentait à peu près l'étendue d'une fève.

Chez ces deux malades, la lésion se présentait sous l'aspect d'un placard rougeâtre, violacé, légèrement déprimé au centre, à surface comme dépolie, offrant çà et là quelques excoriations punctiformes, entouré d'une sorte d'aréole, de bordure blanchâtre, opaline et comme dépolie, un peu festonnée. Çà et là, surtout au pourtour des plaques, l'on trouvait des arborisations vasculaires. La base de ces placards était le siège d'une induration superficielle.

Lorsqu'on tendait fortement les placards, l'on pouvait constater à la loupe, dans un cas, dès les premières fois que je pus examiner le malade, dans l'autre cas seulement quelques mois après le premier examen, de très rares petits nodules miliaires rougeâtres, rappelant les nodules miliaires du lupus vulgaire privés de l'épithélium qui recouvre leur surface, et que l'examen histologique et l'inoculation expérimentale me démontrèrent être de véritables lupômes.

La connaissance du lupus vulgaire érythématoïde des muqueuses, non décrit jusqu'ici que je sache comme lupus vulgaire érythématoïde, vient encore accentuer la séparation qui existe entre le lupus vulgaire vrai et le lupus érythémateux typique.

L'on sait, en effet, que, pour certains auteurs, l'existence du lupus érythémateux des muqueuses, dans des cas exceptionnels, d'ailleurs, serait une raison invocable en faveur des relations qui existent entre le lupus vulgaire vrai et le lupus érythémateux et en contradiction avec l'argument invoqué par les adversaires de cette opinion, à savoir que le lupus érythémateux n'envahit jamais les muqueuses.

D'après Brocq, la plupart des faits de lupus érythémateux des muqueuses paraissent devoir être rapportés à ces variétés de lupus érythémateux qu'il désigne sous le nom de lupus érythémateux fixes.

Il serait également important de savoir si une partie des cas de lupus des muqueuses se présentant au début sous l'aspect de plaques érythémateuses, lésions parfaitement décrites par Homolle sous le nom d'érythème livide, ne correspondent pas au lupus vulgaire érythématoïde des muqueuses.

L'on peut donc se demander si les cas de lupus érythémateux des muqueuses signalés jusqu'ici ne doivent pas être rattachés à mon lupus vulgaire érythématoïde.

Le lupus des muqueuses étudié suivant son siège.

1° *Muqueuse nasale.*

Celle-ci est très fréquemment atteinte de lupus. Ainsi dans les statistiques de Bender, élève de Doutrelepont, l'on voit la muqueuse nasale être envahie dans 66,5 0/0 de tous les cas de lupus des muqueuses, et dans 30,3 0/0 de tous les cas de lupus. Cette proportion est considérable et devient encore plus frappante quand on lit que la muqueuse nasale était atteinte dans 75 cas sur 380 lupeux. Sur 100 cas de lupus, Pontoppidan a constaté 25 fois le lupus de la muqueuse nasale.

Mes statistiques m'ont donné les chiffres suivants. Chez 312 lupeux, dont j'ai recueilli les observations, la muqueuse nasale était envahie 62 fois. Chez 109 malades atteints de lupus des muqueuses dont j'ai recueilli les observations, la muqueuse nasale était envahie 62 fois. Mais il est probable que ma proportion de lupus de la muqueuse nasale m'aurait donné un chiffre plus élevé si je n'avais eu le tort de négliger jusqu'en 1886 l'examen rhinoscopique de beaucoup des lupeux que j'ai observés.

D'ailleurs, il faut bien le dire, nos connaissances sur l'aspect clinique du lupus des régions supérieures de la muqueuse nasale, à son début, sont pour ainsi dire nulles.

Il y aurait là matière à des recherches des plus intéressantes et des plus nouvelles pour un rhinologiste, et l'on peut se demander si certaines variétés de rhinite, même de rhinite atrophique, n'appartiennent pas au groupe des lupus primitifs des cavités nasales.

La fréquence (très relative d'ailleurs) des lupus primitifs de la muqueuse nasale doit donner à réfléchir au point de vue de l'étiologie, de la pathogénie et du point de départ du lupus de la face.

Déjà, en 1835, Rayer avait publié la première observation de lupus primitif de la muqueuse nasale. Quelques années après, Cazenave indiquait la possibilité du début du lupus de la face par la muqueuse nasale. Oswald Pohl, en 1854, et vers la même époque, Wernher insistent sur la fréquence du début du lupus de la face par l'intérieur du nez : « En règle générale, dit Wernher, le lupus de la face débute par la muqueuse nasale dans le voisinage des choanes. » En 1856, Bazin attire l'attention d'une façon toute particulière sur ce début du lupus par la muqueuse nasale. Il dit, à propos du lupus, qu'il classe parmi les scrofulides éruptives malignes : « Le plus souvent la scrofulide crustacée ulcéreuse débute par l'intérieur des narines; puis la lésion gagne l'extérieur. Dans quelques cas, l'affection, débutant toujours par la pituitaire, détruit la sous-cloison et même la cloison avant de gagner la peau qui recouvre cet organe. Dans d'autres cas plus rares, l'affection débute par la pituitaire qui tapisse le plancher des fosses nasales et de proche en proche gagne la muqueuse de la voûte palatine et le tissu gingival. »

Moinel, Profeta de Palerme, étudient le lupus primitif de la muqueuse du nez. Brissaud, en 1882, dit aussi que le lupus vorax peut débuter par le chorion de la pituitaire. Hebra, Kaposi montrent que le lupus primitif de la muqueuse nasale n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire.

A partir de 1882, les observations de lupus primitif des fosses nasales se multiplient; l'attention des dermatologistes est de nouveau attirée sur cette question, par les travaux de Neisser et Block, de Morell-Mackensie, de Schmiegelow de Copenhague, de Cozzolino de Naples, de Michelson, de Cartaz, de Schäffer et Nasse, de Doutrelepont et de son élève Bender, de Moure. Enfin le 17 juillet 1889, paraît, à Paris, l'excellente thèse de Raulin sur le lupus primitif des fosses nasales, travail dont nous ne saurions trop recommander la lecture et auquel nous renvoyons pour compléter ce chapitre.

Si le lupus primitif de la muqueuse nasale a été considéré comme une maladie relativement rare par un certain nombre de dermatologistes, cela tient aussi sans doute à la grande difficulté que l'on a à obtenir des malades des renseignements anamnétiques suffisants.

D'ailleurs, l'indolence du lupus des muqueuses en général et du lupus de la muqueuse nasale en particulier explique suffisamment l'ignorance des malades à cet égard. J'ai souvent vu les médecins commettre de pareilles fautes, prendre pour du coryza chronique, de l'eczéma, de l'impétigo de la muqueuse nasale, ce qui n'était autre chose évidemment que du lupus de la muqueuse nasale au début, et ne songer au lupus que lorsque les nodules lupeux commençaient à se montrer à l'extérieur, du côté de la peau.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement avec le coryza chronique, l'impétigo, l'eczéma, etc., que j'ai vu confondre le lupus des muqueuses, mais aussi avec d'autres affections de ce tégument interne : syphilis, lèpre, tumeurs diverses et en particulier polypes.

Ainsi donc, l'inoculation du virus tuberculeux se fait souvent au niveau de la muqueuse du nez, pour de là se propager au tégument de la face. Le fait n'a en somme rien qui doive trop nous surprendre, lorsque l'on songe au nombre de bacilles tuberculeux que l'air inspiré dépose dans certains cas à la surface de la muqueuse nasale, à la fréquence de la souillure de cette muqueuse par des doigts contaminés, à l'étendue de cette muqueuse, aux excoriations fréquentes dont elle est le siège, à la stagnation des produits et au peu de désinfection de cette surface.

L'on conçoit d'ailleurs bien, que l'inoculation tuberculeuse puisse se faire par inhalation ou par contagion directe ou indirecte (objets animés ou inanimés, (exemple : les mouches).

Il nous faut rappeler, à ce propos, que Demme, étudiant les rapports de l'ozène chez l'enfant avec la tuberculose, a trouvé chez deux malades dans les produits de sécrétion des bacilles de Koch, et sur la cloison, des croûtes recouvrant des ulcérations tuberculeuses grisâtres, irrégulières. L'intérêt qui s'attache aux faits de Demme est considérable au point de vue de la rhinologie et de la pathologie générale. Tout d'abord, ils mettent hors de discussion l'existence d'un ozène tuberculeux déjà affirmée par von Volkmann, qu'il ne faut pas confondre avec l'ozène scrofuleux des anciens, et montrent que la recherche systématique des bacilles (Demme est le premier qui l'ait faite dans ce cas), peut révéler une tuberculose nasale autrement ignorée.

Cette constatation a son importance au point de vue de la pathologie générale, car du foyer nasal, les bacilles peuvent envahir, soit les poumons (2e cas de Demme), entraînés par les mucosités de l'air inspiré, soit les méninges (1er cas de Demme) par propagation lymphatique ou vasculaire.

Rappelons que les faits de méningite microbienne dont l'origine se trouve dans le nez, sont aujourd'hui bien établis (Huguenin).

D'après Raulin, contrairement à ce qui se passe pour la peau, le lupus primitif de la pituitaire ne serait pas une affection de l'enfance ou de l'adolescence.

L'âge qui le plus y prédisposerait serait l'âge adulte, entre 20 et 50, et plus particulièrement entre 20 et 30.

Le début du lupus de la muqueuse nasale est toujours insidieux : les lésions passent pendant longtemps inaperçues. Cependant l'anamnèse permet presque toujours d'établir que le lupus de la pituitaire était annoncé par les symptômes du coryza chronique. L'enchifrènement s'accentue, la respiration nasale devient plus difficile, le malade éprouve une sensation désagréable de prurit qui le force à se gratter, l'orifice antérieur des fosses nasales se comble de plus en plus de croûtes verdâtres, sèches, difficiles à détacher.

D'après Raulin, les épistaxis feraient défaut. J'ai observé le contraire dans un certain nombre de cas, où les épistaxis ont été un des premiers symptômes attirant l'attention sur le lupus primitif des fosses nasales. Dans certains cas, l'on observe de l'épiphora double ou unilatéral.

Quel que soit l'aspect que revêt le lupus, il débuterait toujours, d'après Raulin, sur la partie antérieure de la cloison, sur sa portion cartilagineuse, sur le cartilage semi-lunaire. Raulin est donc en complet désaccord avec Wernher qui écrivait que le lupus débutait au niveau des choanes, et avec Cozzolino qui admet que les lésions peuvent partir d'un point quelconque des fosses nasales.

Si l'opinion de Raulin paraît être vraie dans la grande majorité des cas, j'ai cependant pu constater, après Schmiegelow, que le lupus pouvait débuter au niveau des cornets, comme chez une malade de mon service, dont l'observation a été publiée, en 1889, dans la *Revue de Laryngologie*, par le Dr Wagnier qui a fait un examen des plus approfondis et des plus instructifs de ce cas intéressant.

Au début, la muqueuse de la cloison cartilagineuse est rouge et injectée ; elle est uniformément gonflée et présente une hypertrophie régulière. Ce qui caractérise cette phase d'après Raulin, c'est l'uniformité et la régularité de l'épaississement de cette muqueuse.

A un stade plus avancé, le gonflement n'est plus uniforme ; la muqueuse, en même temps qu'elle perd de sa coloration rouge, présente des bourrelets, des saillies, des mamelons de grosseur et de forme variables (Raulin).

Bientôt ces nodosités constituées par les lupômes grossissent, deviennent de plus en plus saillantes, de sorte que la pituitaire semble parsemée de petites tumeurs proéminentes pouvant, dans certains cas, acquérir le volume d'une cerise et même davantage, comme dans les cas de Yuffinger, de Hajek.

Ces tubercules, souvent frambœsiformes et d'un nombre restreint (1 à 2), pouvant dans certains cas être assez nombreux pour donner à la muqueuse un aspect bourgeonnant et fongueux, sont d'une consistance friable à leur sommet, d'une indolence parfaite au toucher et ne saignent que difficilement.

Ils peuvent se pédiculiser, constituer en quelque sorte un chou-fleur, et si la pédiculisation s'accentue, former de véritables polypes, comme dans les cas de Schmiegelow, de Doutrelepont, de Bender, de F. Hahn, de Olympitis, etc., et comme chez une malade qui se trouvait dans ma clinique en 1888. Chez cette malade, la tuberculisation de la muqueuse nasale débuta par le canal nasal. Elle fut suivie

de la formation d'une petite croûte au niveau de la partie supérieure et interne de la narine gauche. Un an après, il se développa sur cette croûte une sorte de polype du volume d'un haricot pédiculé qui fut opéré par mon collègue H. Folet. Quelques mois après, la peau de la narine gauche fut envahie à son tour par des tubercules lupeux des plus nets, puis la malade fut atteinte de signes évidents de tuberculisation pleuro-pulmonaire.

Il est assez remarquable que dans le nez, comme dans le larynx, une forme fréquente de la tuberculose primitive soit la forme polypoïde.

Plus tard les nodules lupeux subissent des phénomènes de régression analogues à ceux que nous avons assignés à l'évolution générale du lupus des muqueuses. Tantôt les tubercules disparaissent par résorption interstitielle. Dans ces cas, les lupômes se flétrissent et peu à peu disparaissent, laissant à leur suite des cicatrices un peu blanchâtres. plus ou moins prononcées, parfois épaisses et bosselées çà et là, et constituant une sorte d'anneau cicatriciel rétrécissant l'orifice inférieur des fosses nasales.

Notons en passant que ces cicatrices sont assez souvent bosselées, car c'est bien plus souvent par sclérose (lupus sclérosé), que par résorption interstitielle, que disparaît le lupus vulgaire des muqueuses, lequel, ainsi que je l'ai démontré, est le plus souvent un lupus demi-scléreux.

Souvent le processus aboutit à l'ulcération. Dans ce cas, les croûtes jaunâtres, verdâtres ou grisâtres stratifiées, qui recouvrent les lupômes, deviennent de plus en plus épaisses. Elles sont parfois assez abondantes pour obstruer la lumière des fosses nasales. Lorsqu'on enlève ces croûtes, on trouve soit de nombreuses petites ulcérations, soit une ulcération unique qui, d'après Raulin, se trouverait toujours située sur la cloison cartilagineuse. De forme irrégulière, cette ulcération présente des bords déchiquetés et découpés, parfois décollés. Elle est en général peu profonde, de niveau avec la muqueuse; elle est parfois même surélevée, exubérante, bourgeonnante et végétante.

La muqueuse qui entoure l'ulcération est infiltrée de petits lupômes mamelonnés. Cette ulcération est absolument indolente, quand on la touche avec le stylet (Raulin).

Quoique peu profonde en apparence, car elle est masquée par des végétations, cette ulcération irrégulière qui comprend en général tout le cartilage semi-lunaire, a cependant envahi le tissu sous-muqueux, le périchondre, et la cloison cartilagineuse qu'elle détruit.

La perforation complète de la cloison par nécrose du cartilage est fréquente, comme l'ont signalé depuis longtemps les dermatologistes. On conçoit que l'ulcération en détruisant plus ou moins les tissus de l'intérieur du nez augmente la capacité des fosses nasales.

Dans certains cas, le processus scléreux prédominant, ce qui frappe au premier abord, comme l'ont montré J. Moure et Raulin, c'est un degré de sténose assez avancé de l'orifice antérieur des fosses nasales, constitué par un épaississement fibreux de la muqueuse de la cloison cartilagineuse, du plancher dans son quart

antérieur et des ailes du nez : on dirait un anneau cicatriciel qui ferait le tour de l'orifice antérieur des fosses nasales. Cette cicatrice est hypertrophique, chéloïdienne, de couleur blanc-jaunâtre, et présente une surface bosselée.

Les ulcérations laissent à leur suite des cicatrices rétractiles, irrégulières, souvent bosselées, pouvant même établir parfois des ponts fibreux reliant diverses parties de la muqueuse nasale.

Fait important et sur lequel ont avec raison insisté la plupart des dermatologistes, entre autres Hebra, Kaposi, Vidal, Besnier et Moure, le squelette osseux ne serait jamais atteint dans le lupus des fosses nasales.

Vraie dans l'immense majorité des cas, cette règle comporte cependant des exceptions, comme dans un cas dont j'ai pu faire l'examen histologique démontrant la nature lupeuse des légions osseuses.

Lorsqu'on examine la configuration et la conformation externe du nez, on constate que celles-ci sont normales, que le nez n'est pas effondré, contrairement à ce qui se passe dans la syphilis, car dans le lupus la charpente osseuse du nez est intacte.

L'affaissement de la portion inférieure du nez n'existe pas non plus dans le lupus, quoique la cloison cartilagineuse soit détruite ; dans la syphilis au contraire la difformité est constante. Cette différence en faveur du lupus tient à ce que le lobule du nez est encore soutenu par les végétations lupiques qui remplissent la perforation, de sorte qu'il n'y a pas perte, mais bien substitution de substance.

Le nez est assez souvent cependant élargi transversalement au niveau de la pointe ; les ailes semblent être écartées de la cloison. Ce n'est que plus tard que l'on voit les lupômes se montrer sur le lobule du nez, sur les ailes du nez, et en particulier sur l'une d'entre elles, parfois sur le sillon naso-génien ou la joue, exceptionnellement sur la lèvre supérieure. Quand, au contraire, le lupus de la muqueuse nasale est secondaire à l'envahissement du tégument externe, l'affection, d'après Raulin, ne présente pas la malignité qu'elle offre dans la variété primitive du lupus de la muqueuse nasale.

On ne constate pas ces bourgeons framboesiformes qui remplacent le nez dont le squelette cartilagineux a été entièrement détruit. Dans ce cas, les nodules sont beaucoup moins confluents. Mais, par contre, la conservation des cartilages latéraux du nez dont l'intégrité est la règle lorsque le lupus débute sur la muqueuse, est fort rare lorsque ce sont les téguments externes qui sont envahis les premiers (Raulin).

Le lupus de la muqueuse gagne le plancher des fosses nasales dans sa partie antérieure, puis la muqueuse des ailes du nez, puis celle du cornet inférieur et du cornet moyen dans leur quart antérieur. Son extension vers les choanes, les arrière-fosses nasales, le pharynx et le larynx est exceptionnelle. Cependant il est des observations positives (Bull, Cozzolino, Grossmann, Luc) où le lupus des fosses nasales avait envahi le pharynx et le larynx.

Certains auteurs vont même jusqu'à dire que le lupus de l'arrière-gorge n'est souvent que l'extension d'un lupus primitivement cantonné dans la cloison nasale.

Pour Raulin, au contraire, cette propagation constituerait une exception, car le lupus ne s'étend que rarement dans les profondeurs des fosses nasales, parce qu'il rencontre des résistances sérieuses dans la différence de structure de la muqueuse au niveau de sa portion olfactive.

Au contraire, l'identité de structure, entre la partie antérieure de la membrane de Schneider avec celle de la peau, nous explique la préférence qu'a le lupus à se diriger non point vers le pharynx, mais au dehors, vers les téguments externes.

Son extension sur la peau du lobule et des ailes du nez est presque la règle. Faut-il en conclure pour cela avec Neisser que le lupus de la face n'est en général que l'extension d'un lupus des muqueuses avoisinantes et particulièrement de celui de la membrane de Schneider ? Ce serait aller trop loin. Le plus souvent le lupus de la face est primitif.

Quant à la marche du lupus de la muqueuse nasale, elle est analogue à celle du lupus en général et du lupus des muqueuses en particulier. Elle est remarquable par la lenteur de sa progression, par son accroissement par poussées successives, par ses périodes alternatives d'aggravation et d'amélioration, présentant entre elles des phases de repos pendant lesquelles l'affection reste stationnaire.

2° *Muqueuse conjonctivale.*

La muqueuse conjonctivale est rarement atteinte primitivement par le lupus. Pour certains auteurs elle ne serait jamais atteinte d'emblée et le lupus y serait même très rare (Renouard, Lailler cité par Savy, Luc). Cependant le lupus primitif de la conjonctive peut s'observer comme l'ont montré Sœmish, Stellwag, Sattler, Adler, Laskiewicz, Pflugger, Neumann, Baumgarten, Pfeiffer, Luc, Bender, etc.

Toutefois c'est d'ordinaire par propagation que le lupus envahit la conjonctive.

D'après les statistiques de Bender, le lupus primitif de la conjonctive ne serait peut-être pas aussi absolument rare qu'on l'a dit. Pour ma part, sur 312 cas de lupus, je n'ai observé que 7 cas de lupus de la conjonctive.

Quoi qu'il en soit, le lupus de la conjonctive se présente sous l'aspect de granulations grisâtres ou rougeâtres, mollasses, indolores, siégeant sur une muqueuse fortement hyperémiée. Ainsi que l'a remarqué Luc, la néoplasie ne donne lieu qu'à un faible suintement. La surface serait plutôt sèche, si elle n'était humectée par les larmes. Il ne se produirait jamais à son niveau d'ulcérations déprimées, à bords déchiquetés.

Le lupus de la conjonctive offre d'ordinaire un aspect granuleux, parfois exubérant et végétant rappelant le trachôme avec lequel il pourrait être confondu, comme l'ont dit Sœmish et Græfe et comme l'a fait remarquer Testelin. Il faut noter toutefois, comme l'ont dit ces auteurs, que le lupus débute en général par la paupière inférieure, au niveau de la région tarsale de la conjonctive.

Le lupus de la conjonctive est en général unilatéral et finit à la longue par

se propager vers le bord libre et la peau de la paupière inférieure, quand il est primitif. Plus tard il se produit au niveau des lupômes des processus de résorption interstitielle ou de sclérose entourant comme d'une sorte de treillis les parties qui s'hypertrophient.



Fig. 19.

Cette figure représente l'œil d'une malade âgée de 21 ans atteinte du lupus du nez et de la conjonctive. Le lupus du nez fut rapidement guéri par l'emploi de ma méthode ordinaire. Le lupus de la conjonctive, qui, inoculé, donna lieu chez le lapin à une très belle tuberculose de l'iris, fut guéri par mon collègue de Lapersonne.

La muqueuse présente alors un aspect lisse, luisant, rétracté. L'altération cicatricielle de la muqueuse conjonctivale peut devenir assez étendue pour produire de l'ectropion ou de l'entropion avec leurs conséquences pour la cornée (pannus, ulcérations, et même staphylôme, etc.). Les paupières peuvent être détruites totalement ou partiellement par le lupus. Sous l'influence de la disparition des paupières, il se produit des ulcérations de la cornée, si l'art n'intervient pas. Il peut arriver que la paupière supérieure se soude à l'inférieure et protège ainsi le globe de l'œil (Lailler et Mathieu). Dans ce dernier cas, ces auteurs recommandent de ne dégager l'œil que lorsque le lupus a cessé d'évoluer.

Mais le lupus peut envahir, comme l'ont, il y a déjà longtemps signalé Hebra et Kaposi, la conjonctive bulbaire et la cornée. Sur la conjonctive bulbaire le lupus se présente sous l'aspect que nous avons décrit à propos de la conjonctive palpébrale. Sur la cornée, il détermine la formation d'un infiltrat rouge ou grisâtre, granuleux, quelquefois végétant, vascularisé, plus ou moins dur, plus ou moins saillant et pouvant envahir complètement cette membrane. Il rappelle ainsi beaucoup les lésions cornéennes que j'ai pu déterminer en inoculant des lapins dans la chambre antérieure de l'œil avec des parcelles de lupus.

L'on conçoit les altérations considérables qui peuvent résulter de cet envahissement de la cornée par le lupus : opacité, pannus, staphylôme et même panophthalmie. Toutefois, comme l'ont dit en 1878 Hebra et Kaposi et ultérieurement Luc, dans certains cas, cet état est curable.

J'en ai montré en 1890 un exemple remarquable à mes élèves. Chez le petit garçon de sept ans, sujet de cette observation, je vis survenir, dans le cours d'un lupus exedens de la joue datant de quatre ans, une conjonctivite bulbaire lupeuse suivie d'un envahissement de la cornée par le lupus. Ici la tuberculose cornéenne à évolution rapide fut caractérisée par l'existence de six à sept petits nodules miliaires situés au milieu de la cornée. Trois de ces petits nodules s'ab-

cédèrent et s'ulcérèrent rapidement. Sous l'influence de lotions boriquées et d'instillations d'une solution de bichlorure prescrites par mon collègue de Lapersonne auquel je montrai le malade, cette tuberculose guérit rapidement en quinze jours, laissant à peine à sa suite une très légère opacité.

3° *Muqueuse du conduit lacrymal :*

Bender a observé, dans le service de Doutrelepont, sur 173 cas de lupus des muqueuses ou encore sur 380 cas de lupus en général, 24 cas de lupus du conduit lacrymal. Cette proportion est réellement considérable. Malheureusement Bender ne nous dit pas sur quels caractères cliniques il s'appuie pour poser le diagnostic : lupus du conduit lacrymal. Cela est regrettable, car il aurait pu nous donner une description symptomatologique du lupus du canal nasal, laquelle aurait été d'autant plus importante qu'elle n'existe pas dans les auteurs.

Pour ma part, je n'ai pas observé pendant la vie de lupus du canal nasal dont j'aie pu faire un diagnostic certain. Dans un certain nombre de cas, j'ai constaté chez des lupeux, précédant même le lupus de la joue, des dacryocystites tuberculeuses. Mais je n'oserais affirmer qu'il se soit agi dans ces cas de lupus du sac lacrymal et du canal nasal, bien que l'affection fût évidemment de nature tuberculeuse. Il est vrai que l'on pourra me dire avec raison que le lupus et la tuberculose des muqueuses ont une même origine, le virus tuberculeux. Toutefois ce sont deux variétés d'un même processus.



Fig. 20.

Cette figure représente la face d'une femme âgée de 22 ans, atteinte depuis 7 ans de lupus de l'angle interne de l'œil, avec tuberculisation du canal nasal, et de lupus tuberculo-croûteux de la joue correspondante.

Dans un cas, qu'il m'a été donné d'observer à l'hôpital Saint-Louis dans le service de mon maître Lailler, cas publié en partie dans la thèse de Renouard, j'ai pu, en pratiquant l'autopsie et l'examen histologique d'un sujet atteint de lupus tuberculo-ulcéreux de la face et des muqueuses, mort de tuberculose miliaire aiguë, constater des lésions lupeuses de la muqueuse du canal nasal et des os adjacents.

4° *Muqueuse bucco-pharyngée.*

Le lupus de la muqueuse bucco-pharyngée coexiste d'ordinaire avec celui de la peau et d'autres muqueuses. Toutefois il peut, dans certains cas exceptionnels, exister seul. C'est surtout au niveau des gencives, de la face interne des lèvres, des joues que se montrent les lupômes isolés ou groupés. On en observe aussi au niveau de la luette, des piliers antérieurs ou même postérieurs du voile du palais, voire même de l'amygdale. Le lupus de la muqueuse palatine antérieure ou postérieure se voit aussi fréquemment.

Comme l'a fait remarquer mon maître Lailler, le lupus de la face s'accompagne fréquemment de lupus de la cavité bucco-pharyngienne. D'après Homolle, le lupus de la face serait compliqué de lupus de la muqueuse bucco-pharyngée dans plus d'un cinquième des cas. Sur 380 cas de lupus, Bender a observé 75 fois le lupus de la cavité bucco-pharyngée. Sur 312 cas de lupus, j'ai observé 57 fois le lupus de la muqueuse bucco-pharyngée.

Ayant pris pour type de notre description du lupus des muqueuses en général, le lupus de la cavité buccale, qui de toutes les muqueuses est de beaucoup la plus fréquemment atteinte (après la muqueuse nasale) et la plus facile à examiner, pour éviter les redites, je renvoie le lecteur à la description que j'ai faite du lupus des muqueuses en général, me bornant à indiquer ce que ce lupus peut présenter de particulier au niveau de la muqueuse buccale.

Les lèvres supérieure et inférieure sont souvent tuméfiées, la lèvre inférieure paraît renversée, pendante et d'une consistance rénitente. D'ordinaire, le lupus de la peau et celui de la muqueuse ont une part égale dans l'intumescence. Cependant les lèvres ne sont jamais rongées et détruites par le lupus, comme le peuvent être le nez et les paupières. (Planche III, *Figure* 5). Toutefois la cicatrice, résultant de l'évolution régressive des lupômes, amène souvent des rétractions des lèvres, de telle sorte que la bouche étant fermée, les lèvres se trouvent souvent écartées l'une de l'autre. Il peut même se produire, dans certains cas, une véritable atrésie de l'orifice buccal.

Les glandes labiales sont souvent tuméfiées et donnent au toucher la sensation de noyaux durs, coniques et saillants (Hebra et Kaposi).

Les gencives sont d'ordinaire entamées, boursouflées, ramollies, saignantes, d'apparence scorbutique. Elles se détachent d'avec le collet des dents, celles-ci se déchaussent plus ou moins, et peuvent même tomber (Rayer, Cazenave). L'épi-

thélium de la muqueuse des joues et des lèvres, ainsi d'ailleurs que l'épithélium correspondant aux impressions dentaires, présente souvent une teinte grisâtre, un aspect œdémateux, comme dans certaines stomatites. C'est au niveau de la face interne des joues et des lèvres que l'on observe parfois ces élevures discoïdes à surface opaline ressemblant aux plaques muqueuses, cette teinte laiteuse rappelant les plaques des fumeurs qui ont été bien signalées par Homolle.

Au niveau de la muqueuse labiale et gingivale, les rétractions cicatricielles, le ratatinement de la muqueuse gingivale sont en général peu prononcés.

Sur le voile du palais, les piliers, le pharynx, la luette, le lupus au début présente parfois l'aspect d'une angine chronique et se manifeste seulement par une rougeur œdémateuse de la région, ou par l'érythème livide si bien décrit par Homolle. Sur les piliers antérieurs, le lupus se présente souvent sous l'aspect de plaques érosives opalines dont a parlé Homolle. (Voir Planche IV, *Figure* 4.)

A la voûte palatine, ce que l'on rencontre le plus fréquemment, c'est la tuméfaction avec état granuleux, ou la simple exagération des plis saillants et rigides de la muqueuse qui ressemble à celle du palais de certains carnivores. (Voir Planche III, *Figure* 5.)

Comme l'a montré, en 1845, Hamilton (de Dublin), la muqueuse du pharynx est en effet souvent malade, soit que les lésions lupeuses y existent isolément, soit qu'elles s'accompagnent de lésions plus ou moins graves de la pituitaire ou de la muqueuse palatine.

On peut rencontrer simplement une rougeur plus ou moins prononcée, toujours violacée, fréquemment sillonnée de fines arborisations vasculaires, de véritables veinosités ; chez d'autres sujets la muqueuse est remarquablement lisse et luisante, elle paraît aride et sèche, on n'y découvre que de rares filaments de mucus visqueux, d'une couleur jaune transparente (érythème livide) ; d'autres fois encore, elle est plus tomenteuse, elle paraît gonflée, très finement chagrinée, et elle est plus ou moins enduite de mucosités opaques d'un blanc jaunâtre ou verdâtre. (Homolle, page 31.) Plus souvent l'on observe, en outre, les lésions caractéristiques du lupus des muqueuses décrites à propos du lupus des muqueuses en général.

Quant à la marche et au début de cette angine lupeuse, elle est très variable suivant les cas, et il n'est pas possible d'affirmer avec Isambert que celle-ci marche d'arrière en avant, de la paroi pharyngée postérieure aux piliers postérieurs, puis au bord du voile du palais, contrairement à l'angine tuberculeuse, qui, selon cet auteur, irait d'avant en arrière (du voile du palais aux parties profondes). Plus tard, au bout de quelques années seulement, se montrent les lésions du lupus exedens ou non exedens des muqueuses.

L'excavation amygdalienne, comme l'a fait remarquer Homolle, ne présente d'ordinaire aucune altération notable. Toutefois dans des cas exceptionnels, l'amygdale a été signalée comme ayant été envahie par le lupus.

Par les progrès du mal on peut voir, lorsque le voile du palais est tuméfié et granuleux, l'excavation amygdalienne s'étaler en quelque sorte. Le pilier postérieur

gonflé et d'aspect mamelonné se porte en dedans et présente de face des portions de l'excavation qui se trouvaient auparavant masquées par le pilier antérieur (Homolle).

Ce fait me semble avoir une grande importance au point de vue des modes de formation des adhérences qui réunissent les piliers au fond du pharynx et tendent à diminuer l'orifice qui fait communiquer l'arrière-cavité des fosses nasales avec les parties sous-jacentes. Ce n'est pas assez qu'il existe des lésions du pilier postérieur pour que les adhérences se produisent, il faut encore que la muqueuse pharyngienne soit elle-même altérée (Homolle).

Dans certaines circonstances, le lupus partant du pharynx envahit la trompe d'Eustache, par son orifice interne, et peut de là se propager à l'oreille moyenne et à la membrane du tympan, déterminant une surdité plus ou moins complète, des bourdonnements et même de l'otorrhée muco-purulente ou purulente.

Le lupus de ces régions, qui peut guérir spontanément, au bout de quelques années, amène des lésions plus ou moins graves. La luette est ou bien ratatinée, rétractée, ou bien n'est plus représentée que par une sorte de nodule cicatriciel, d'apparence verruqueuse. Elle peut même être complètement détruite.

Les piliers antérieurs présentent des cicatrices brillantes, plus ou moins rétractées et les piliers postérieurs sont parfois soudés à la paroi postérieure du pharynx. Diffenbach, Czermak, Coulson, Lailler, Peter, Fougère, Bryck, etc., ont même signalé la soudure du voile du palais au pharynx, soudure ayant amené l'obstruction de l'un ou des deux orifices postérieurs des fosses nasales avec altération plus ou moins prononcée de l'odorat.

Sur le fond du pharynx, on observe parfois des cicatrices à surface irrégulière, mal délimitées, pâles ou blanchâtres, parfois nacrées, légèrement déprimées, lisses ou sillonnées de brides saillantes, et envoyant dans les parties saines des irradiations cicatricielles nacrées (Fougère).

Dans ces cas les altérations ressemblent beaucoup à celles de la syphilis ; mais ici le bord libre du voile du palais présente beaucoup plus rarement des adhérences avec la paroi postérieure du pharynx (Hebra et Kaposi). Sur le voile du palais on trouve des cicatrices d'apparence variable. Celui-ci peut être érodé au niveau de ses bords. Il peut être ratatiné.

Il se fait sur la muqueuse bucco-pharyngée des cicatrices un peu déprimées, étroites, pâles, opalines et même nacrées, autour desquelles les parties restées saines paraissent comme tiraillées.

Dans des cas exceptionnels. le voile du palais et la voûte palatine peuvent être perforés, la bouche communiquer avec les fosses nasales. Ainsi se produit entre les fosses nasales et la bouche un flux et reflux incessant de matières putrides (Marty).

Notons toutefois que Hebra et Kaposi disent n'avoir jamais observé de perforations de la voûte palatine et du voile du palais déterminées par le lupus.

Il faut nous arrêter un peu plus longuement sur le *lupus de la langue.* Celui-ci est excessivement rare. Il est tellement rare que son existence a même été niée par un certain nombre de dermatologistes, et que l'on s'est appuyé sur ce fait pour distinguer le lupus vulgaire de la tuberculose en disant que le lupus n'envahit jamais la langue, tandis que la tuberculose l'envahit fréquemment.

Toutefois il existe depuis longtemps, dans la littérature médicale, un certain nombre d'observations de lupus de la langue. Tels sont les cas de Bazin, de Virchow, de Fairlie Clarke, de Homolle, de Rosalie Idelson, de H. T. Butlin, de Chiari et Riehl.

Cependant, dans aucun de ces cas, la démonstration de la nature lupeuse de l'affection ne se basait sur des recherches bactériologiques, expérimentales, suffisantes pour que l'on pût admettre, sans conteste, que l'on était en présence d'un lupus de la langue. Dans la plupart de ces observations même, la description clinique était absolument insuffisante. Aussi un grand nombre de dermatologistes se refusaient-ils encore à admettre la possibilité de l'envahissement de la langue par le lupus et disaient-ils que dans les cas observés l'on avait affaire à une glossite non lupeuse ou bien à une glossite syphilitique, etc.

J'ai eu l'occasion, en 1885, 86, 87, 88, d'étudier minutieusement, dans ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur, une malade atteinte de glossite dont j'ai pu démontrer la nature lupeuse par des recherches bactériologiques, expérimentales et anatomo-pathologiques minutieuses. Ce cas remarquable a été vu dans mon service, depuis 1885, par une série de dermatologistes éminents, qui tous m'ont fait l'honneur de se rallier à mon diagnostic : Lupus de la langue. (Voir PLANCHE IV, *Figure* 5).

En juillet 1888, je l'ai présenté au Congrès international de la tuberculose et j'ai publié à cet égard une note dans mon travail intitulé : Des variétés atypiques du lupus vulgaire.

Cette observation a été ensuite publiée et figurée en juillet 1889 dans l'Atlas international des maladies rares de la peau. Enfin en novembre 1889, j'ai publié dans les *Annales de Dermatologie* un travail d'ensemble sur le lupus de la langue.

Depuis lors Bender dit avoir vu un cas de de lupus lingual dans le service de Doutrelepont: « Auf den zungerücken am hinteren Drittel, constatiren wier beträchtliche aus lauter hellglänzanden Knötchen sich suzammen setzende Wucherungen ». — Et c'est tout. Cette description est assurément insuffisante, d'autant plus que Bender ne nous dit pas avoir étudié ce cas au point de vue anatomo-pathologique, bactériologique et expérimental.

Mais, plus tard, Garré a publié un cas très intéressant de lupus de la langue et de l'orifice laryngé. Enfin, Michelson a publié un très important mémoire sur le lupus de la langue basé sur deux cas de lupus lingual étudiés d'une façon détaillée.

Le lupus de la langue semble toujours être secondaire. En tous cas je ne connais pas de fait authentique de lupus primitif de la langue. D'après les rares observations qui ont été publiées, ce lupus est toujours accompagné de lupus de la

muqueuse bucco-pharyngée et souvent de lupus du larynx, et en particulier de l'épiglotte.

Le lupus de la langue, autant que l'on peut en juger par les observations qui en ont été publiées jusqu'ici, paraît siéger surtout au niveau de la face dorsale de cet organe, et en particulier au niveau des deux tiers postérieurs.

D'ordinaire le lupus de la langue se présente sous l'aspect du lupus non exedens. Il est constitué par des tubercules de volume variable, souvent ronds ou ovalaires, parfois un peu irréguliers, dont la surface est lisse, comme scléreuse et rappelle assez bien certaines glossites syphilitiques (Leloir). Leur surface est parfois très légèrement mamelonnée ou granuleuse, tantôt enfin un peu papillomateuse (Leloir).

L'on trouve parfois, en outre, soit à côté de ces tubercules principaux, soit à une certaine distance de ceux-ci, en particulier du côté des grosses papilles de la base de la langue, des saillies papillaires, des sortes de crêtes de coq plus ou moins saillantes, comme dans l'observation de Michelson.

La coloration de ces tubercules est d'ordinaire blafarde ou rosée. Elle est souvent opaline. Quelques-uns d'entre eux présentent quelquefois (comme dans mon cas) une teinte nacrée rappelant celle de certaines glossites scléreuses. Dans mon observation, la consistance des tubercules était en général assez ferme, elle était même scléreuse pour les tubercules nacrés. Quelques tubercules petits et opalins présentaient, au contraire, une consistance molle et comme gélatineuse. (Voir Planche IV, *Figure* 5).

Lorsque ces tubercules se réunissent en groupes comme dans mon observation I du mémoire sur le lupus de la langue que j'ai publié dans les *Annales de Dermatologie*, il sont séparés les uns des autres par des crevasses assez profondes, irrégulières, dont quelques unes sont sanguinolentes, lorsqu'on étale la langue. D'ordinaire ces tubercules ne sont pas ulcérés, cependant dans mon observation I, quelques-uns présentaient à leur surface de petites érosions grisâtres ou d'un jaune clair.

Toutefois, dans l'observation de Michelson, publiée à la page 18 de son mémoire, se trouve signalée une ulcération située à la partie inférieure de la langue. Cette ulcération était recouverte d'une sécrétion jaunâtre et présentait des bords irréguliers et légèrement épaissis par places. Il n'existait pas d'inflammation à son pourtour. Cette ulcération se cicatrisa complètement pour s'ulcérer encore de nouveau plus tard.

La régression de ces lupômes laisse à sa suite des cicatrices lisses en général (comme dans le cas de Michelson). Ces lésions, dans mon observation I, étaient absolument indolores. Les mouvements étaient conservés; cependant la malade ressentait une sorte de gêne due à l'infiltration lupeuse et à l'induration de la muqueuse dorsale de la langue. D'après les observations publiées jusqu'ici, le lupus de la langue évolue avec une lenteur et une indolence particulièrement remarquables.

Son diagnostic avec les glossites syphilitiques et avec la glossite lépreuse, que j'ai étudiée et figurée sous le nom de glossite lépreuse lobulée dans mon *Traité de la Lèpre*, est des plus délicats.

L'on devra toujours, avant d'affirmer d'une façon certaine que l'on se trouve en présence d'un lupus de la langue, pratiquer les recherches anatomo-pathologiques, bactériologiques et expérimentales nécessaires.

D'ailleurs, comme le remarquent très justement E. Besnier et A. Doyon, il reste à déterminer si dans la série extrêmement variée des lésions dites tuberculeuses de la langue, il n'y en a pas qui doivent être rapportées au lupus, parmi celles qui sont indolentes, bénignes et curables.

5° *Muqueuse laryngée.*

Le lupus du larynx constitue en somme une localisation rare de cette affection. Il semblerait que la première observation authentique de lupus du larynx ait été publiée par Tardieu. Plus tard, Turck, Holm, Isambert, Desnos, Dumontpallier, Libermann, Fougères, A. Koch, Homolle, Isabel, etc., etc., publient quelques observations relatives au lupus du larynx. Mais il faut arriver aux beaux travaux de Chiari et Riehl, de Haslund, de Marty, pour trouver une description détaillée de cette maladie. La thèse de Marty (élève de Besnier) constitue certainement le mémoire le plus complet qui ait été publié sur le lupus du larynx.

Je ne saurais trop conseiller au lecteur de lire cette excellente thèse à laquelle je le renvoie pour compléter la description suivante :

Le lupus vulgaire du larynx constitue une localisation rare de cette affection. Ainsi, chez 380 lupeux, Bender n'a constaté que 13 cas de lupus du larynx, ce qui fait une proportion de 13 sur 173, par rapport au nombre de cas de lupus des muqueuses observés par Bender dans le service de Doutrelepont.

Chez 89 lupiques examinés à l'hôpital Saint-Louis, Marty a constaté 8 cas de lupus du larynx, ce qui rapproche sa statistique de celle de Chiari et Riehl et de Haslund.

Chez 100 lupeux examinés laryngoscopiquement, j'ai constaté 2 fois le lupus du larynx. Il est possible que ce lupus du larynx existait aussi chez quelques-uns des autres lupeux dont l'examen laryngoscopique n'a pas été fait. Je saisis l'occasion pour remercier ici M. le Dr Wagnier du précieux concours qu'il m'a prêté dans ces recherches difficiles.

Le lupus primitif du larynx est excessivement rare, et seuls Ziemssen, Haslund, Obertuschen, Breda en ont publié des exemples incontestables, ce qui porte à 4 cas le nombre des lupus primitifs du larynx publiés jusqu'ici.

D'après les statistiques de Chiari et Riehl et de Marty, le lupus du larynx serait beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Le lupus du larynx doit être cherché. C'est une affection essentiellement chronique et latente, dont le caractère est d'évoluer lentement et sournoisement. Par lui-même il ne détermine presque jamais la mort (Marty).

Les symptômes fonctionnels tels que la douleur et les troubles vocaux font d'ordinaire complètement défaut. Aussi pour le découvrir, faut-il examiner sys-

tématiquement au laryngoscope tous les malades qui présentent des affections scrofulo-tuberculeuses du tégument.

Nous avons vu que le lupus primitif du larynx est d'une rareté excessive. Le lupus secondaire du larynx peut se montrer tantôt par propagation d'une lésion lupeuse de la cavité pharyngo-nasale au larynx. Tantôt il se montre chez un sujet atteint de lupus de la peau, sans rapport direct avec le larynx.

L'on conçoit que dans le premier cas les phénomènes laryngés sont, comme le remarque justement Marty, ordinairement masqués par les accidents qui se manifestent du côté du pharynx, en un mot par les phénomènes angineux, tandis que dans le second cas, les troubles vocaux manqueront le plus souvent, car seul le larynx est intéressé et le lupus se localise plus spécialement sur l'épiglotte. Petit à petit le mal fait des progrès, gagne les cordes vocales et alors il se produit dans l'appareil phonateur des désordres que se traduisent par les signes suivants, bien exposés par Marty.

C'est d'abord de l'enrouement plus ou moins marqué, quelquefois une aphonie intermittente, plus tardivement, par suite des progrès du mal, l'on voit parfois survenir une aphonie complète. Au début la toux est rare et quand elle est spontanée, elle indique souvent une complication broncho-pulmonaire en général de nature tuberculeuse. Plus tard peut survenir une toux d'ordinaire sèche et brève, parfois bruyante et quinteuse. L'expectoration est peu abondante, elle est très rarement striée de sang. Marty a observé en outre une hypersécrétion salivaire due probablement à une action réflexe.

Les troubles respiratoires ne se rencontrent qu'à une période avancée de la maladie : toutefois dans certains cas, même au début, on peut constater de la dyspnée due le plus souvent à l'infiltration de l'épiglotte.

Plus tard les lésions laryngées s'étant accentuées davantage et présentant un degré plus ou moins prononcé de sténose laryngée, la respiration qui était sifflante, s'embarrasse de plus en plus, la dyspnée s'accroît dans des proportions inquiétantes. Il peut se produire un véritable cornage, la dyspnée peut aller jusqu'à l'orthopnée et nécessiter la trachéotomie. Chez certains malades cependant, le lupus du larynx peut parcourir toute son évolution sans présenter les phénomènes propres aux laryngo-sténoses (Marty).

Le lupus du larynx est indolent, sauf lorsqu'il se complique de phénomènes angineux, résultant de la pharyngite lupeuse. Dans certains cas, le malade se plaint de douleurs d'oreilles.

Quand on examine au laryngoscope un malade atteint de lupus du larynx, on est tout d'abord frappé par l'état anémique de la muqueuse, caractérisé par la pâleur des surfaces envahies (Chiari et Riehl). Cette pâleur livide, quasi cadavérique, comme le dit Marty, s'accentue encore quand la maladie est ancienne. Il faut noter cependant que, au début, à une époque peu avancée de l'affection, ou s'il existe des complications, la coloration peut être rouge. A côté de cette pâleur laryngienne, on constate un état hypertrophique des parties malades dû à une infiltration de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux. Cet état hyper-

trophique tantôt simple, tantôt bourgeonnant, s'accompagne de modifications plus ou moins profondes de la forme de l'organe. (Voir PLANCHE IV, *Figure* 3.)

Enfin l'on constate quelquefois la présence tantôt d'érosions superficielles, d'exulcérations, tantôt de véritables ulcérations à bords épais et décollés, dont le fond est hérissé de fongosités grisâtres et jaunâtres, de petits bourgeons d'un rouge livide (Chiari et Riehl). Ce fond présente parfois un aspect couenneux gris jaunâtre.

Comment se répartissent dans les diverses régions du larynx les trois processus pathologiques que nous venons d'énumérer ?

Le lupus du larynx est presque constamment localisé sur l'épiglotte. Chiari et Riehl donnent dans leur travail la statistique suivante : dans 38 cas, 3 ne présentaient pas de lésions du fibro-cartilage; dans 27 cas, le lupus occupait les replis aryténo-épiglottiques, ou la muqueuse des aryténoïdes ou ces deux points en même temps; dans 18 cas, les cordes vocales étaient prises.

L'épiglotte est anémiée, hypertrophiée, plus ou moins végétante, recroquevillée, dure, peu mobile, tombant plus ou moins par suite de son augmentation de poids sur l'orifice du larynx. (Marty). Plus tard surviennent des exulcérations ou des ulcérations. Quand la maladie est ancienne, on peut observer des cicatrices blanches, nacrées, scléreuses, déprimées ou saillantes, formant dans certains cas des brides susceptibles de déterminer des laryngo-sténoses.

Chiari et Riehl ont signalé sur ces cicatrices de nouvelles poussées morbides caractérisées par l'apparition de nodosités lupeuses en tout semblables à celles de la peau.

Les replis aryténo-épiglottiques, la muqueuse ventriculaire, les cordes vocales supérieures, la région aryténoïdienne, la commissure postérieure, sont assez souvent envahis par le lupus.

Au début et pendant un temps variable, les cordes vocales sont d'ordinaire normales. Le lupus se trouve localisé au-dessus des cordes vocales inférieures, ce qui explique, comme l'ont bien remarqué Haslund et Marty, pourquoi la voix n'est pas altérée; ce qui explique, comme le dit bien Marty, que le lupus du larynx doit être cherché. Plus tard, lorsque la maladie devient plus ancienne, le processus lupique envahit très souvent la glotte et les éléments qui la constituent.

Les lésions des cordes vocales sont variables suivant les sujets et suivant l'âge du mal. D'abord simplement injectées, rouges, dépolies, elles sont un peu plus tard tuméfiées, et présentent des productions papillaires, des saillies polypiformes, des nodosités ou des bourgeons qui sont plus ou moins abondants et peuvent s'étendre au-dessous dans la région sous-glottique et même gagner la partie supérieure de la trachée. Quelquefois on y aperçoit des plaques grisâtres excoriées, des érosions et même des ulcérations (Chiari et Riehl, Marty).

Chez certains malades on observe des troubles de motilité des rubans vocaux, consistant en parésies ou paralysies des muscles constricteurs ou dilatateurs de la glotte. Si les premiers sont pris, les cordes vocales ne peuvent plus se rapprocher l'une de l'autre et sont dans un écartement complet; si la paralysie siège sur les dilatateurs, les cordes vocales sont rapprochées, la glotte fermée et la trachéotomie

est nécessaire. Le plus souvent la paralysie porte sur un seul ruban vocal qui est immobile, tandis que l'autre s'écarte ou se rapproche plus ou moins. Ordinairement la paralysie est incomplète, souvent même, quand on observe ce phénomène, il n'y a que défaut de mobilité, c'est-à-dire parésie (Marty).

La muqueuse laryngée est baignée par un liquide peu abondant, lequel, catarrhal simplement au début et pendant un certain temps, devient ensuite muco-purulent et même purulent, s'il y a des ulcérations étendues. L'extension du processus lupique vers la trachée a été signalée par Virchow et Rosalie Idelson.

Par contre, la phthisie pulmonaire est fréquente chez les sujets atteints de lupus du larynx. L'œdème de la glotte est une complication rare. Il en est de même de la périchondrite et de l'altération des cartilages que l'on rencontre quelquefois dans la phthisie laryngée.

L'évolution du lupus du larynx est excessivement lente et torpide en général; plus tard, les lésions laryngées, ayant fait des progrès, déterminent des troubles de la respiration, les lésions pharyngées des troubles de la déglutition.

Le malade pâlit, maigrit, la fièvre s'allume, l'hecticité se montre et très souvent la tuberculose du poumon ou d'un autre organe vient s'ajouter aux lésions existantes. Plus exceptionnellement une des complications rapides et terribles dont nous avons parlé vient emporter le malade (Marty).

Le diagnostic du lupus du larynx devra être fait avec la tuberculose laryngée vulgaire, la syphilis, le cancer, la lèpre, le rhinosclérôme.

Le diagnostie d'avec la phthisie laryngée se fera surtout en s'appuyant sur la douleur plus grande, la rougeur plus vive, l'état inflammatoire plus prononcé, l'état général plus mauvais du malade. D'ailleurs, phthisie laryngée et lupus du larynx ne constituent que deux variétés d'une même affection: la tuberculose. Aussi conçoit-on que le diagnostie différentiel soit impossible dans certains cas.

Il est souvent très difficile d'établir un diagnostic différentiel entre la syphilis laryngée et le lupus du larynx. Cependant dans les laryngopathies syphilitiques, les ulcérations présentent des contours plus nets, elles affectent souvent une forme circinée; leur fond est pulpeux, jaunâtre, bourbillonneux parfois; les régions périphériques sont plus rouges, plus enflammées. Dans la syphilis on ne trouve pas ces excroissances papillomateuses que l'on observe dans le lupus (Chiari et Riehl). Toutefois, lorsque l'infiltration du syphilôme se fait d'une façon diffuse, ce qui arrive souvent (Poyet), le diagnostic est bien plus difficile. Les cicatrices sont plus déformantes dans la syphilis.

Les nodules lupeux de repullulation qui se produisent sur les cicatrices de lupus du larynx et qui ont été signalés par Chiari et Riehl, sont d'une importance majeure au point de vue du diagnostic différentiel.

Notons enfin que la marche de la syphilis laryngée est beaucoup plus rapide. Signalons pour terminer la coïncidence du lupus en d'autres points du corps, et l'action du traitement pierre de touche dans la syphilis.

Dans le cancer du larynx, les troubles fonctionnels sont plus précoces, plus prononcés, les douleurs plus vives, la rougeur, la tumeur plus accentuées, plus

dures, l'accroissement du mal plus rapide, les hémorrhagies plus fréquentes. L'odeur et l'expectoration sont fétides.

L'adénopathie cervicale très marquée, d'une dureté ligneuse, l'absence de cicatrices et des altérations régressives que présente le néoplasme dans le cancer, sont d'une grande importance au point de vue du diagnostic. Le cancer du larynx est d'ailleurs unilatéral.

La laryngite lépreuse présente la plus grande analogie objective avec la laryngite lupeuse. Je me permets de renvoyer le lecteur à mon *Traité de la Lèpre*, où j'ai décrit d'une façon détaillée la laryngite lépreuse. Notons seulement que dans la lèpre, l'enrouement et la difficulté respiratoire sont plus précoces que dans le lupus. D'ailleurs dans les cas douteux, l'examen de la surface cutanée et au besoin l'étude histologique d'une particule de tissu envahi, en permettant de constater le bacille de la lèpre, viendront toujours empêcher toute erreur.

Quant au rhinosclérôme, la consistance et l'aspect spéciaux de la tumeur nasale et buccale concomitante et au besoin l'examen histologique, viendront éclairer le diagnostic.

6° *Muqueuse des organes génitaux.*

A. — *Lupus des organes génitaux de l'homme.*

Le lupus est excessivement rare au niveau des organes génitaux externes de l'homme. Il en existe cependant des citations dans la littérature médicale. Kaposi en a vu un exemple ; Renouard en signale deux cas : l'un siégeant au prépuce, l'autre au méat. Barthélemy (Traduction de Duhring, par Barthélemy et Colson, 1883, page 574) a observé également un cas de lupus de la verge, mais dans ces différents cas il n'est pas spécifié si le lupus siégeait sur une véritable muqueuse ou sur un repli tégumentaire kératinisé, comme cela est fréquent au niveau du prépuce et du gland. Pour ma part, je n'ai jamais vu de lupus de la muqueuse des organes génitaux de l'homme, sauf peut-être, dans un seul cas.

B. — *Lupus des organes génitaux de la femme.*

Le lupus de la vulve est d'une extrême rareté.

Pour ma part, pas plus que Besnier et Doyon, je n'en ai jamais vu d'exemple.

Sans aller jusqu'à nier avec R. W. Taylor la nature lupeuse de tous les cas décrits par Huguier sous le nom d'esthiomène de la vulve, nous devons reconnaître que tout est à faire au point de vue de l'étude de cette localisation du lupus.

L'on a en effet étudié, sous le nom d'esthiomène de la vulve, des maladies différentes les unes des autres, des lésions syphilitiques, cancéreuses, éléphantiasiformes, tuberculeuses et enfin lupeuses.

L'on a eu le tort de décrire l'esthiomène de la vulve comme une affection

distincte, que l'on rapprochait du lupus, que l'on comparait au lupus de la face en particulier.

C'est donc en dernier lieu à la vulve, sous le nom d'esthiomène, qu'a persisté cette confusion qui avait si longtemps régné antérieurement pour les lésions destructives de la face, sous le nom de lupus.

L'esthiomène de la vulve n'existe pas, c'est un syndrôme, comme l'a bien dit Cornil.

Ainsi donc, tout est à faire, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique relativement à l'étude du lupus vulvaire.

Toutefois il existe dans la littérature médicale un certain nombre d'observations qui, par leurs caractères cliniques, semblent pouvoir être considérées peut-être comme des cas de lupus vulgaire.

C'est Huguier qui le premier a écrit, en 1849, que l'esthiomène de la vulve pouvait être un lupus. Il en décrit trois formes; la première détruit en surface, la deuxième détruit en profondeur, la troisième a pour caractère principal une tendance à l'hypertrophie. Mais il faut reconnaître que dans le mémoire d'Huguier il n'existe pas d'observations dont la nature lupeuse puisse, après examen attentif, être affirmée d'une façon absolue.

Cependant, depuis le mémoire d'Huguier, un certain nombre d'auteurs ont admis la nature lupeuse de certains cas d'esthiomène de la vulve. Tels sont Bazin, Alph. Guérin, Bernutz, Dauvergne, Fiket, West, A. Macdonald, Isaac E. Taylor, Siredey.

Dans le cas de Leroy des Barres, dont l'examen histologique fut pratiqué par mon maître Vulpian, il semble bien que l'on soit en présence d'un lupus. Il en est de même dans l'observation de Cayla. Malheureusement la démonstration absolue de la nature lupeuse de certains esthiomènes de la vulve n'avait pas encore été appuyée par les recherches bactériologiques et expérimentales avant le très remarquable mémoire publié par E. Deschamps.

Il existe dans ce mémoire, à la page 23, une observation (obs. XIII) de tuberculose cutanée (présentant tous les caractères du lupus scléreux), compliquée de lésions de la vulve (offrant assez bien les caractères du lupus exedens) où des morceaux de cette vulve malade furent inoculés à des cobayes et donnèrent lieu à plusieurs séries de tuberculose généralisée.

La nature tuberculeuse de cette lésion vulvaire ne saurait donc être mise en doute. Il est vrai que l'on pourrait nous objecter qu'il ne s'agissait pas ici d'un véritable lupus, mais d'une tuberculose vulvaire, comme pouvaient plutôt le faire supposer certains détails cliniques de l'observation. Mais à d'autres points de vue, comme le remarque justement Deschamps, ce cas présentait beaucoup des caractères cliniques du lupus des muqueuses.

La malade était en outre atteinte de lupus scléreux des doigts.

L'étude des observations publiées dans les travaux précités démontrera au lecteur, qu'un travail complet sur le lupus vulvaire, travail basé sur des études cliniques, histologiques et expérimentales minutieuses, s'impose.

7° *Muqueuse anale*

Le lupus de la muqueuse anale semble coïncider quelquefois avec le lupus de la vulve, si l'on s'en rapporte aux mémoires d'Huguier, etc.

Le lupus de l'anus est une affection excessivement rare et réclamant, de même que le lupus de la vulve, une description complète. L'on pourra cependant en trouver quelques observations dans la littérature médicale. Daniel Mollière en parle. Péan et Malassez disent que le lupus ulcéreux de l'anus, (qui peut parfois être perforant, s'étendre très profondément et détruire tout l'anus), se distingue par un symptôme qu'ils considèrent comme pathognomonique au point de vue de la distinction avec la tuberculose anale, à savoir : l'existence de petites saillies ovalaires ou arrondies, recouvertes quelquefois de lamelles épidermiques, non résistantes au toucher, et qui ne sont autre chose que des boutons de lupus tuberculeux.

Dans un cas signalé par Bender, la muqueuse rectale elle-même (il y avait prolapsus de la muqueuse rectale) fut envahie sur une étendue assez grande par un lupus absolument caractéristique. Il y avait en particulier des nodules lupeux classiques dans les cicatrices qui se trouvaient à la surface de cette muqueuse.

D'ailleurs la lecture des observations de tuberculose anale ou de lupus anal, montre que bien souvent le diagnostic différentiel entre ces deux variétés de tuberculose est presque impossible. Cela se comprend d'ailleurs, étant donnée l'identité de nature de ces deux maladies.

A ce propos, je conseille, entre autres mémoires, de lire à cet égard la belle thèse d'agrégation de Spillmann et la thèse de Mourret.

Ainsi que je l'ai dit bien des fois depuis 1884 dans mes cliniques, l'étude précédente montre que la symptomatologie du lupus des muqueuses présente à bien des points de vue la plus grande analogie avec celle de la tuberculose des muqueuses. Le fait n'a rien qui doive nous étonner, le lupus n'étant qu'une variété de la tuberculose du tégument, une modalité éruptive de cette affection.

Aussi, est-il vraiment oiseux de s'efforcer actuellement de trouver entre le lupus des muqueuses et la tuberculose de celles-ci, des caractères cliniques différentiels, en général si peu tranchés, que pour nombre de dermatologistes, seule l'existence d'un placard lupeux cutané permet d'affirmer la nature lupeuse de la lésion des muqueuses. Seul le lupus de la peau présente des caractères nettement tranchés.

Quant au lupus des muqueuses, il est souvent bien difficile, par suite des caractères peu précis de sa symptomatologie, de le distinguer de la tuberculose de celles-ci, comme l'a également bien fait remarquer Michelson dans un mémoire récent.

Tout observateur exempt de parti pris se demandera le plus souvent, en lisant la plupart des observations publiées de lupus des muqueuses et en les comparant aux observations publiées de tuberculose des régions analogues, sur quels signes formels l'on s'appuie pour établir une distinction. N'était le titre de l'observation, n'était le diagnostic posé par l'auteur, cette distinction, sauf dans des cas absolument schématiques et rares, est souvent impossible.

COMPLICATIONS DU LUPUS

Les complications du lupus peuvent se diviser en deux classes.

I. — **Complications locales ou de voisinage** secondaires à l'altération des téguments par le lupus.

Celles-ci peuvent elles-mêmes se diviser en deux groupes principaux suivant que :

A. — Elles sont dues à l'infection spécifique scrofulo-tuberculeuse ;

B. — Elles ne ressortissent pas directement et spécifiquement au virus scrofulo-tuberculeux (accidents locaux ou de voisinage para-lupeux).

II. — **Complications générales.**

Celles-ci peuvent également se diviser en deux groupes suivant qu'elles sont dues :

A. — A l'envahissement du virus scrofulo-tuberculeux ;

ou au contraire

B. — Qu'elles ne ressortissent pas directement ou spécifiquement au virus scrofulo-tuberculeux (accidents généraux para-lupeux).

I. — Complications locales ou de voisinage.

A. — *Complications dues à l'infection spécifique scrofulo-tuberculeuse provenant du lupus, foyer infectieux.*

1° Altérations du système lymphatique, radicules, vaisseaux, ganglions et tissu conjonctif de voisinage).

Ces complications doivent être étudiées en première ligne. Elles ont une im-

portance majeure dans la dissémination du virus scrofulo-tuberculeux. Elles peuvent aboutir à l'infection tuberculeuse générale du sujet.

Pour éviter les redites, je les étudierai ici en bloc, comme je l'ai fait dans le mémoire que j'ai publié sur ce sujet en 1890, dans les études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, mémoire intitulé : *le Lupus vulgaire et le système lymphatique* (1).

Dans l'étude du lupus, il ne faut pas seulement tenir compte du nodule lupeux provenant du dépôt du virus tuberculeux dans le tégument, il faut aussi s'occuper des espaces tégumentaires, du tissu conjonctif, qui séparent et entourent les nodules lupeux, et des vaisseaux lymphatiques.

Tantôt, avons-nous vu, et c'est le cas ordinaire, cette réaction du tissu conjonctif ambiant se manifeste seulement par un engorgement inflammatoire plus ou moins prononcé et toujours limité, pouvant être accompagné parfois d'œdèmes lymphangitiques localisés. Aussi, sous l'influence de ces poussées, la peau qui avoisine les foyers néoplasiques est-elle toujours épaissie, et même un peu pachydermique chez quelques sujets.

Dans certains cas, et cela s'observe surtout dans les lupus exedentes, où les nodules lupeux se nécrosent rapidement et où la marche du mal est plus aiguë, plus destructive, il se produit, au niveau et au pourtour des foyers lupeux, des poussées subaiguës ou aiguës d'œdèmes lymphangitiques ou même de lymphangites réticulées présentant les caractères de l'érysipèle.

On constatera parfois que ces poussées d'œdèmes lymphangitiques et de lymphangites coïncident avec le ramollissement nécrobiotique ulcéreux, ou la résorption interstitielle rapide de certains nodules lupeux.

Ces poussées lymphangitiques peuvent être plus ou moins étendues, plus ou moins subaiguës ou aiguës, plus ou moins rouges et érysipélatoïdes. Elles affectent souvent à la face l'aspect de l'érysipèle blanc, dit des strumeux. Elles évoluent sans réaction fébrile appréciable, ou au contraire sont accompagnées d'une fièvre plus ou moins forte avec élévation de la température atteignant jusqu'à 38°, 39° et 40°, et de phénomènes généraux plus ou moins prononcés.

Il faut avoir bien soin de distinguer ces œdèmes lymphangitiques, pouvant à la face présenter l'aspect érysipélatoïde, des érysipèles vrais dont peuvent également être atteints les lupeux.

L'érysipèle vrai, que l'on observe chez les lupeux et dont nous parlerons plus loin, affecte une allure plus aiguë, plus inflammatoire; il peut envahir le cuir chevelu.

Les pseudo-érysipèles lupeux ont une allure moins franche, leur bourrelet est peu marqué, leur tuméfaction est en quelque sorte étalée; ils sont plus sou-

(1). Point n'est besoin de répéter ici de nouveau que ces altérations du système lymphatique sont souvent *mixtes*, c'est-à-dire dues, comme je l'ai démontré plus haut à propos de l'évolution du lupus vulgaire en général, à l'action combinée du virus scrofulo-tuberculeux, du bacille de Koch d'une part, et d'autre part à celle des agents de la suppuration et des streptocoques (Voir H. Leloir. De l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus (*Médecine moderne*, 27 novembre 1890.)

vent blancs (érysipèles dits des strumeux); ils n'envahissent pas le cuir chevelu. Ces pseudo-érysipèles, ces œdèmes lymphangitiques, ces lymphangites réticulaires érysipélatoïdes,m'ont paru,dans bien des cas, jouer un rôle majeur dans l'absorption du virus tuberculeux, ainsi que nous l'avons souvent constaté dans nos salles, et ainsi que je l'ai écrit en 1886 dans mon travail intitulé: *Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose.* (*Annales de Dermatologie*, 1886.) (1).

Chez un certain nombre de sujets, j'ai vu, à la suite de ces poussées lymphangitiques, se produire des éruptions de tubercules nouveaux, soit au niveau du placard lupeux, soit dans son voisinage, soit même à une certaine distance du foyer primitif. Ces éruptions secondaires ou métastatiques dues à la résorption du virus tuberculeux peuvent être non exedentes ou exedentes.

Dans d'autres circonstances, et cela s'observe surtout avec netteté dans les cas de lupus de membres, et en particulier de lupus des extrémités, on voit se produire les phénomènes suivants: le virus tuberculeux déposé primitivement dans le derme où il a déterminé la production d'un foyer lupeux, tend à s'étendre par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. Il suit la voie des lymphatiques du membre, pour remonter vers la racine de celui-ci (Lannelongue, Merklen, Verneuil).

Ainsi se produisent des lymphangites tuberculeuses, présentant sur leur trajet des gommes scrofulo-tuberculeuses et des adénopathies scrofulo-tuberculeuses, qui constituent de nouveaux centres de pullulation du virus tuberculeux. (H. Leloir, *le Lupus vulgaire et le système lymphatique*, loc. cit.)

Dans certains cas, ces lymphangites peuvent se présenter sous l'aspect de lymphangiectasies simulant les varices lymphatiques, bien étudiées par Lailler, Besnier, ainsi que l'ont justement observé Hallopeau et Goupil. Prioleau, Dubreuilh et Auché, Lejars, Le Dentu ont également démontré, depuis mon travail de 1890, que les plus gros troncs lymphatiques peuvent donner accès au bacille tuberculeux qui, en remontant le trajet de ce vaisseau, produit de proche en proche des lymphangites tuberculeuses chroniques, gommeuses ou moniliformes.

Dans ces conditions, le membre présente un aspect particulièrement remarquable, conme dans les figures 1 et 2 de la Planche IV. L'on voit alors d'un placard lupeux périphérique, partir des lymphangites tuberculeuses, semées sur leur trajet de placards lupeux secondaires ou de gommes scrofulo-tuberculeuses à différents degrés d'évolution. L'on constate en outre une dégénérescence scrofulo-tuberculeuse des ganglions où aboutissent les vaisseaux lymphatiques partant du foyer lupeux primitif. Il est difficile devant de pareils faits cliniques de mettre en doute la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, et l'on se demande comment les dermatologistes qui nient encore la nature tuberculeuse du lupus de Willan

(1). J'ai montré dans mon *Traité de la Lèpre* (pages 59 et 60), que les œdèmes lymphangitiques et les poussées érysipélatoïdes analogues que l'on observe au voisinage des foyers des léprômes dans la lèpre systématisée tégumentaire, doivent être également considérés comme dus à la résorption du virus lépreux par les radicules et les vaisseaux lymphatiques.

peuvent interpréter des observations semblables (lesquelles sont loin d'être rares), surtout s'ils admettent la nature scrofulo-tuberculeuse, d'ailleurs indéniable également, des gommes scrofuleuses.

Les lymphangites scrofulo-tuberculeuses consécutives à un placard lupeux périphérique envahissent progressivement le membre atteint, pour remonter jusqu'à sa racine et au delà.

Ces nodules gommeux lymphangitiques se développent plus ou moins rapidement et en plus ou moins grand nombre; ils peuvent varier depuis le volume d'un grain de mil (comme dans le cas de Merklen) jusqu'à celui d'un pois, d'une noisette et même davantage. Chez un malade de mon service, l'un d'eux, qui siégeait au niveau de la région supéro-interne du bras, avait atteint le volume d'une orange. Ces nodules sont intra-dermiques, hypodermiques ou profonds. Le plus souvent ils sont hypodermiques. A mesure qu'ils grossissent, ils passsent de l'état cru à l'état de gomme scrofulo-tuberculeuse ramollie, la peau rougit à leur surface et finalement l'ulcération gommeuse se produit, très variable dans sa marche ultérieure. Les nodules apparaissent en lignes plus ou moins irrégulières, à des intervalles plus ou moins rapprochés. On les vit paraître à quelques jours de distance chez le malade de Bazin dont l'observation a été publiée par Dupuy en 1870.

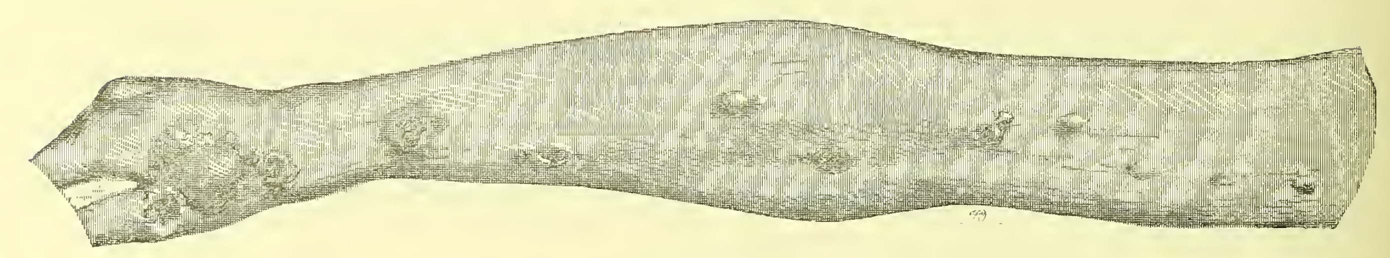


Fig. 21.

Lupus papillomateux de la région dorso-externe de la main droite. Lymphangites scrofulo tuberculeuses (gommeuses) secondaires (Cas de Bazin 1870 publié par L. Dupuy en 1870 dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*). Ce dessin a été exécuté d'après le moulage que Bazin en a fait faire par Baretta et qui se trouve au musée de l'hopital Saint-Louis.

Souvent l'isolement des noyaux est complet et entre eux on ne constate aucun tractus lymphangitique, le cordon intermédiaire se dérobe aux recherches. Dans d'autres cas, comme dans le cas de Merklen, la lymphangite gommeuse s'est diffusée tout le long du vaisseau lymphatique, le tuméfiant sur toute son étendue, et créant par places des renflements nodulaires.

Parfois, le cordon anastomotique existe, mais à un degré moins accentué, comme chez les malades de Bazin, de Tartivel, de Le Dentu, de Dubreuilh et Auché. Il en était de même chez plusieurs malades de mon service.

Fait remarquable, l'adénopathie tuberculeuse secondaire à cette lymphangite tronculaire peut manquer. Hallopeau et Goupil, Jeanselme, Tournier et moi-même en avons vu des exemples. Il est intéressant de noter que dans ces cas, surtout dans ceux de Hallopeau et Goupil, la lymphangite tronculaire était large-

ment développée, au point de créer de véritables varices lymphatiques bien décrites par Hallopeau et Goupil.

Il faut cependant remarquer que l'adénopathie concomitante est très fréquente et que, ainsi que je l'ai montré en 1886, dans les *Annales de Dermatologie*, l'adénopathie joue un rôle important dans les progrès ultérieurs de l'affection tuberculeuse. Dans le cas que j'ai publié en 1886, la marche et la succession des accidents revêtaient une précision tout anatomique. Je publie plus loin d'ailleurs cette importante observation.

Chez quelques malades même, la diffusion du virus tuberculeux dans le tégument, probablement sous l'influence des lymphangites tuberculeuses, est encore plus complète.

Des gommes scrofulo-tuberculeuses ulcérées ou non ulcérées, des placards de lupus en général papillomateux, de tuberculose verruqueuse, se développent au loin et apparaissent secondairement. De pareils faits mettent en évidence l'insuffisance de la thérapeutique la plus active dans le traitement de certaines tuberculoses locales du tégument.

Enfin, dans certains cas, l'on peut voir cette absorption du virus, après avoir déterminé l'engorgement des ganglions axillaires par exemple, amener la tuberculisation du poumon, comme dans l'observation suivante que j'ai publiée en 1886 dans les *Annales de Dermatologie*.

OBSERVATION

Lupus verruqueux de la main gauche. — Lymphangites tuberculeuses consécutives gagnant de la périphérie vers la racine du membre. Gommes scrofulo-tuberculeuses développées le long du trajet des lymphangites tuberculeuses. — Engorgement des ganglions épitrochléens et ensuite des ganglions axillaires, puis des ganglions sus-claviculaires. — Finalement, tuberculisation du poumon gauche correspondant au membre atteint.

En décembre 1884, des parents amènent dans mon cabinet de consultation, une petite fille âgée de 6 ans. Je note tout d'abord que les parents sont absolument sains, et que l'enfant s'est toujours bien portée jusqu'en 1883. Il y a un an environ, il survint sur le dos de la main gauche de cette petite fille, au niveau de l'espace qui sépare l'extrémité inférieure du médius et de l'annulaire, un petit bouton rougeâtre, lequel s'agrandit lentement, malgré le traitement (insuffisant d'ailleurs) prescrit par plusieurs médecins.

Quand j'examine l'enfant pour la première fois, je trouve : au niveau de la région précitée, un placard légèrement papillomateux grand comme une pièce de 2 francs, et présentant tous les caractères cliniques et histologiques de cette variété de lupus que j'ai décrite, avec E. Vidal, sous le nom de « lupus scléreux », lequel est, comme nous l'avons dit, au lupus vulgaire, ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose vulgaire de cet organe. En un point cette lésion est ulcéro-croûteuse.

De ce placard, part un petit cordon lymphangitique, gros comme une ficelle, à peine douloureux. lequel aboutit à une gomme scrofulo-tuberculeuse, située à la partie postérieure de l'avant bras-gauche. Cette tumeur, grosse comme une noisette, est survenue il y a environ trois mois.

De cette première gomme, le cordon lymphangitique (ou mieux les cordons, car on

éprouve la sensation de deux ficelles accolées) se continue pour aboutir à une deuxième gomme scrofulo tuberculeuse grosse comme une noisette et survenue il y a deux mois.

Je conseille de détruire immédiatement ces différents néoplasmes que je considère comme des foyers de virus tuberculeux. Les parents hésitent.

Quelques semaines après, ils reviennent me consulter. Deux nouvelles gommes scrofulo-tuberculeuses sont apparues à la face interne du bras gauche. Elles sont réunies également par un cordon lymphangitique qui paraît double par place. Le ganglion épitrochléen est engorgé et gros comme un œuf de pigeon. Les ganglions axillaires du côté malade commencent à se prendre.

La destruction complète du néoplasme s'impose; j'insiste sur cette nécessité. Les parents hésitent.

Enfin, quelques semaines après, ils reviennent me trouver. Deux des gommes se sont en partie ramollies et ulcérées. Ce sont des gommes scrofuleuses classiques. Les ganglions axillaires du côté gauche sont devenus gros comme des œufs de pigeon. Les ganglions sus-claviculaires du même côté commencent à se prendre; et, fait que je n'avais pas encore constaté (malgré l'auscultation minutieuse pratiquée chaque fois que je voyais l'enfant), le sommet du poumon gauche commence à présenter des signes incontestables d'infiltration tuberculeuse; respiration prolongée, soufflante et rude, quelques craquements. L'enfant est atteinte d'une petite toux sèche, elle maigrit et pâlit.

Dès lors, les parents n'hésitent plus. Je leur conseille (par raisons de charité) d'amener l'enfant à la policlinique de Saint-Sauveur. Afin de détruire le plus de foyers virulents possible, j'attaque, au moyen du galvano-cautère de Besnier, le placard lupiforme de la main gauche, ainsi que les ulcérations des gommes scrofulo-tuberculeuses du membre supérieur. Je n'ose me décider à agir sur les ganglions épitrochléens et axillaires, et me borne à prescrire des badigeonnages iodés à leur niveau.

Quelque temps après, malgré le traitement local employé, il s'est produit à côté du placard lupeux (j'insiste particulièrement sur ce point qui présente, à mon avis, une certaine importance clinique), une petite gomme scrofulo-tuberculeuse hypodermique, laquelle menaça pendant quelque temps, de dénuder les tissus fibreux des tendons et articulations avoisinantes. Il est évident que le virus tuberculeux tendait à fuser du foyer lupeux dans l'hypoderme, les tissus fibreux, les gaines tendineuses et les articulations ambiantes.

Des cautérisations au galvano-cautère de Besnier, des injections de teinture d'iode, eurent raison, au bout de quelques semaines, de ces nouveaux foyers de pullulation.

Grâce au traitement local et général, le placard lupeux, les gommes scrofulo-tuberculeuses, le trajet fistuleux, les engorgements ganglionnaires, les lymphangites, disparurent progressivement. Les phénomènes de tuberculisation pulmonaire s'amendèrent notablement et en avril 1886, il ne persistait plus au niveau du sommet gauche qu'un peu de respiration prolongée et rude.

L'état général de l'enfant s'est grandement amélioré et j'ai constaté en 1891 qu'elle était complètement guérie.

Cette observation me paraît présenter un grand intérêt.

Nous voyons le virus tuberculeux, déposé en un point du tégument, y produire une lésion présentant la plus grande analogie objective avec le lupus tuberculeux. (Notons cependant que, d'une part, ce lupus était un peu papillomateux, verruqueux, et présentait les caractères du lupus dit scléreux; que, d'autre part, il s'est produit quelque temps après, presque au-dessous du placard lupeux, une gomme scrofulo-tuberculeuse, complication rare dans le voisinage immédiat du lupus vulgaire vrai.)

Le virus tuberculeux, après avoir déterminé cette première lésion tégumentaire (placard lupiforme ou tuberculose cutanée papillomateuse), y pullule pendant quelque temps. Puis le virus tend à s'étendre par l'intermédiaire des lymphatiques. Il suit la voie des gros vaisseaux lymphatiques du membre supérieur (lymphangites tuberculeuses, adénopathies). Il produit en

outre sur son passage des foyers de pullulation réunis entre eux par les cordons lymphangitiques. Enfin, après avoir amené l'engorgement des ganglions axillaires et sus-claviculaires du côté gauche, il atteint le sommet du poumon gauche.

Nous venons de voir le rôle capital joué par les gros troncs lymphatiques dans l'absorption du virus tuberculeux, déposé primitivement dans le derme où il a déterminé l'apparition d'un placard lupeux.

Les lymphangites réticulaires et les œdèmes lymphangitiques dont nous avons parlé plus haut, peuvent aussi jouer un grand rôle, non seulement dans la production d'éruptions secondaires ou métastatiques, comme nous venons de le voir, mais encore dans l'infection tuberculeuse plus ou moins générale du malade.

Ainsi, comme je l'ai écrit en 1886 dans les *Annales de Dermatologie*, j'ai vu plusieurs fois, à la suite de ces œdèmes lymphangitiques infectieux, ou de ces pseudo-érysipèles blancs, se produire les phénomènes suivants :

Le pseudo-érysipèle a disparu depuis quelque temps (une semaine dans trois de mes cas, dix jours dans deux autres, quinze jours dans un autre, quatre, cinq et six jours dans trois autres de mes observations que j'ai sous les yeux) sans laisser aucune trace, sauf parfois une légère bouffissure et une légère desquamation des parties atteintes.

Les ganglions sous-maxillaires et parfois les ganglions sus-claviculaires sont restés engorgés et douloureux. Tout à coup, au bout de l'espace de temps précité, le malade est pris de phénomènes fébriles plus ou moins prononcés avec état gastrique, etc. Rien ne peut expliquer, au premier abord, l'apparition de ces phénomènes généraux fébriles. Mais si l'on a soin d'ausculter le poumon, on constate, au niveau des sommets, des phénomènes stéthoscopiques qui, jusque-là, avaient complètement manqué, malgré de fréquentes séances d'auscultation; râles sibilants mélangés de quelques craquements, respiration légèrement soufflante, etc. Tous ces signes localisés au niveau de l'un des sommets (dans trois cas, au niveau des deux sommets) indiquent que les poumons, qui jusque-là paraissaient absolument indemnes, commencent à se prendre. C'est le début d'une tuberculisation du poumon qui évoluera d'une façon variable suivant les cas.

Les symptômes observés se sont succédé *seriatim* de la façon suivante : lymphangites réticulaires ou œdème lymphangitique lupeux, érysipèle dit des strumeux partant des foyers lupeux et les entourant; engorgement des ganglions cervicaux; engorgement des ganglions sus-claviculaires; phénomènes locaux et généraux indiquant une tuberculisation d'un poumon ou de tous les deux.

Cette série de phénomènes nous fait songer involontairement à la marche suivante du virus; parti du foyer lupique, il détermine des lymphangites lupeuses, il envahit les ganglions cervicaux et gagne finalement le poumon. E. Besnier serait loin, je pense, de repousser cette hypothèse. Il a, d'ailleurs publié, dans la thèse de Renouard, quelques observations analogues aux neuf cas précédents.

Nous voyons donc quel rôle important jouent les lymphatiques (lymphatiques réticulaires, gros troncs lymphatiques) dans l'absorption et la dissémination

du virus tuberculeux qui se trouve dans le foyer lupique et le danger de ces œdèmes lymphangitiques, de ces lymphangites et même des fluxions ganglionnaires, au point de vue de l'infection tuberculeuse plus ou moins générale chez les lupeux.

Les altérations des *ganglions lymphatiques* où aboutissent les vaisseaux lymphatiques partant du foyer lupeux primitif, qu'il siège sur la peau ou sur une muqueuse, constituent, comme nous venons de le voir, une étape dans la marche centripète du virus tuberculeux.

Il est certain qu'il peut exister chez les lupeux des adénopathies inflammatoires ou mécaniques, sans relation avec le virus tuberculeux renfermé dans le foyer lupeux. Mais ne faire avec Hebra, de toutes ces adénopathies, même des adénopathies caséeuses, que des complications inflammatoires consécutives aux irritations locales qui accompagnent l'infiltration lupeuse de la peau, serait absolument contraire aux faits observés. Il faut également différencier les adénopathies consécutives au lupus, des adénopathies scrofulo-tuberculeuses, des gommes ganglionnaires qui peuvent exister avant l'apparition de celui-ci.

Mais, ceci posé, il est certain qu'il existe chez les lupeux, des adénopathies qui sont en relation directe avec le foyer lupeux, qui sont à, ce foyer de tuberculose tégumentaire, ce que les engorgements des ganglions de voisinage sont au chancre tuberculeux de H. Martin que nous produisons expérimentalement chez les animaux, ce que l'adénopathie spécifique est au chancre infectant.

Ce sont des adénopathies secondaires. Elles proviennent de l'envahissement du ganglion par le virus tuberculeux puisé dans le foyer lupeux, que lui amènent les lymphatiques partant de la région atteinte. (Voir PLANCHE VIII. *Figures* 3 et 4.)

Ces adénopathies lupeuses présentent les caractères suivants : elles siègent au niveau des ganglions où aboutissent les vaisseaux lymphatiques partant du territoire tégumentaire envahi par le lupus (1) ; elles succèdent au lupus, se montrent au bout d'un temps plus ou moins long après son apparition ; elles sont de nature tuberculeuse.

J'ai eu l'occasion, dans 7 cas, de démontrer expérimentalement et histologiquement la nature tuberculeuse de certaines adénopathies secondaires au lupus. Une pareille démonstration n'ayant pas encore été faite, et beaucoup d'auteurs se refusant à admettre la nature tuberculeuse de ces adénopathies secondaires au lupus, jusqu'à ce que la preuve en ait été établie, je crois utile de rappeler brièvement ces 7 observations que j'ai publiées en 1890, dans les Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose et où j'ai fait la preuve scientifique de la nature tuberculeuse de l'adénopathie secondaire au lupus.

1. Elles peuvent siéger partout. Si les ganglions sous-maxillaires, myloïdiens, parotidiens, cervicaux, sont le plus souvent envahis, cela tient à ce que le lupus siège ordinairement à la face. Mais les ganglions poplités, inguinaux, les ganglions épitrochléens, axillaires, peuvent être également envahis dans le lupus des membres.

OBSERVATION. — (Juin 1884).

X... Juliette, 15 ans. Née de parents bien portants. Un frère mort de la poitrine à l'âge de 22 ans. Début chez cette jeune fille, à l'âge de trois ans environ, d'un placard de lupus au centre de la joue droite. Ce lupus a progressivement envahi la joue et le menton. Quand je la vois, c'est un lupus *non exedens*, un peu serpigineux, à tubercules formant collerette autour de la cicatrice centrale, infiltrée elle-même de tubercules *non exedentes* de récidive. Ce lupus a été traité avant moi et inutilement, par les scarifications sanglantes. Le lupus semblait fuir en quelque sorte devant le scarificateur. La malade présente en outre un ganglion sous-maxillaire droit, gros comme une noisette, et un ganglion myloïdien gros comme une noix.

Les parents de la malade affirment que cet engorgement ganglionnaire a débuté, il y a deux ans, c'est-à-dire environ cinq ans après l'apparition du lupus.

J'énuclée le ganglion sous-maxillaire. Il est gros comme un haricot, élastique ; sa tunique d'enveloppe conjonctive et les trabécules qui forment les parois alvéolaires sont épaissies. La surface est lisse. A la coupe, sa tranche de section présente un aspect rougeâtre, elle est parsemée çà et là d'îlots grisâtres, opalins, plus secs que le reste de la coupe.

L'examen histologique montre que ces petits îlots grisâtres présentent tous les caractères du tubercule. Sur quelques coupes, dans les cellules géantes de ces follicules tuberculeux, je trouve un ou deux bacilles de la tuberculose. L'examen histologique du lupus me permet de trouver deux bacilles sur vingt coupes, dans l'intérieur des cellules géantes.

Des fragments de ce ganglion inoculés dans le péritoine de deux cobayes ont été le point de départ de deux séries tuberculeuses de cinq cobayes chacune. Des fragments de ce lupus inoculés dans la cavité péritonéale de deux cobayes ont été également le point de départ de deux séries tuberculeuses de quatre cobayes chacune.

Ce lupus fut traité par les cautérisations ponctuées, suivies d'applications de pommade au bichlorure de mercure, d'attouchements à l'éther iodoformé, et enfin d'applications au sparadrap rouge au minium, cinabre et iodoforme.

Il guérit en trois mois. Il y eut récidive en 1885 (novembre), 1887 (avril). Ces récidives furent traitées de la même façon et la guérison s'est maintenue jusqu'à cette époque.

OBSERVATION. — (Juillet 1884).

X... Anatole, 28 ans. Père mort de la poitrine. Une sœur atteinte de coxalgie. Lui toujours bien portant jusqu'à l'âge de 14 ans. A cette époque, apparition, sur le lobule de l'oreille gauche, d'un infiltrat lupeux qui envahit très lentement tout le lobule pour gagner ensuite la région pré-auriculaire. Quand il vient me consulter avec sa mère, je constate un lupus myxomateux *non exedens*, boursouflé, à infiltrat diffus de la moitié de l'oreille gauche et de la région pré-auriculaire. Il existe en outre un petit ganglion mastoïdien gros comme un haricot. Sa mère et lui affirment que ce ganglion ne s'est montré qu'il y a deux mois, à la suite, disent-ils, d'une pommade prescrite par un pharmacien.

J'énuclée ce petit ganglion. Il est gros comme un haricot, élastique ; sa tunique d'enveloppe est épaissie. Sa surface est lisse. A la coupe sa tranche de section est ferme, rougeâtre, succulente. Ce n'est qu'à la loupe, que j'aperçois deux ou trois points gros comme de petites têtes d'épingle, à centre blanchâtre, opalin, à périphérie d'un gris bleuâtre.

L'examen histologique de ce ganglion me montre que ces points grisâtres sont des tubercules caractéristiques. Dans une coupe (sur 15) je trouve, dans le voisinage d'une cellule géante,

deux bacilles de la tuberculose. L'examen histologique du lupus me permet de trouver un bacille (sur 10 coupes) dans l'intérieur d'une cellule géante.

Des fragments de ce ganglion sont inoculés dans la cavité abdominale de deux cobayes; ils sont le point de départ de 2 séries tuberculeuses de quatre cobayes chacune.

En outre, des fragments de lupus inoculés dans la chambre antérieure de l'œil de deux lapins sont le point de départ d'une tuberculose de l'iris et de l'œil des plus caractéristiques. Il en est de même d'un fragment de ganglion inoculé dans la chambre antérieure de l'œil d'un troisième lapin.

Ce lupus fut traité par les cautérisations ponctuées interstitielles, suivies d'applications de la solution bichlorurée, d'emplâtre de Vigo.

Il guérit en deux mois. Mais il y eut en 1886 (novembre), en décembre 1887, deux légères récidives dans la cicatrice, qui guérirent par le même traitement. Depuis lors, la guérison se maintient, mais la cicatrice est un peu chéloïdienne.

OBSERVATION. — (Novembre 1884.)

X... Julien, 11 ans. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, un frère atteint d'affection chronique du genou (tumeur blanche?).

Il y a 5 ans, apparition au-dessous du lobule de l'oreille droite, et sur le lobule, de deux petits boutons saillants, qui très lentement s'étendirent et devinrent saillants. On se borne à traiter le mal au moyen de cataplasmes, de poudres, de pommades prescrites par un pharmacien.

Quand il vient me consulter avec sa mère, je constate un placard de lupus colloïde *non exedens* de la région pré-auriculaire et auriculaire droite.

La mère me montre en outre un ganglion mastoïdien gros comme un pois chiche, qui serait apparu il y a six mois environ. Ce ganglion est dur, élastique, roule sous le doigt. Je l'énuclée. Il présente une coloration rougeâtre, sa surface est lisse. A la coupe, la tranche de section est rose, succulente, ne présente nulle part de trace de caséification. L'examen histologique du ganglion n'a pas été fait.

En revanche, j'ai pratiqué, celui d'un gros morceau de lupus que j'ai excisé et j'ai trouvé quatre bacilles sur trente coupes : deux bacilles dans une cellule géante dans une coupe ; dans les deux autres coupes renfermant des bacilles (un chacune), ceux-ci se trouvaient dans le voisinage immédiate de la cellule géante.

Une parcelle du ganglion est inoculée dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin et devient le point de départ d'une tuberculose irienne et oculaire, riche en bacilles. Une parcelle de lupus, inoculée dans les mêmes conditions à un autre lapin, est également le point de départ d'une tuberculose oculaire riche en bacilles. Enfin, un morceau de ce ganglion est inoculé dans la cavité péritonéale d'un cobaye et devient le point de départ d'une série tuberculeuse de trois cobayes. Un morceau de lupus, inoculé dans la cavité péritonéale d'un autre cobaye, devient le point de départ d'une série tuberculeuse de trois cobayes.

Ce lupus fut traité par les cautérisations ponctuées interstitielles, suivies d'applications de pommade au bi-iodure d'Hg, au bichlorure d'Hg, et enfin d'applications d'emplâtre de Vigo. Il guérit en l'espace de quatre mois.

Il y eut une récidive en 1885 (octobre), qui guérit par le même traitement ; en 1886 (décembre), un nouvelle récidive légère de tubercules *non exedentes* dans la cicatrice, qui fut traitée également de la même façon, guérit en un mois. Depuis lors la guérison paraît complète.

OBSERVATION. — (Novembre 1885.)

X... Alphonsine, 19 ans. Mère morte de tuberculose pulmonaire il y a six mois, soignée continuellement par sa fille. Celle-ci était toujours bien portante, quand, à l'âge de quinze ans, elle vit survenir, sur l'aile du nez, un bouton qui se couvrit d'une croûte quelques mois après. C'était le début d'un lupus *exedens* superficiel et un peu papillomateux, qui envahit le lobule du nez. Bientôt apparut sur la joue droite un placard de lupus *exedens* superficiel... Quand la malade vint me consulter avec son père, elle portait, outre un lupus *exedens* un peu papillomateux du nez, un placard de lupus *exedens* superficiel large comme la paume de la main au niveau de la joue droite. En outre, le ganglion sous-maxillaire du côté droit est hypertrophié et gros comme une noisette. La malade affirme que cet engorgement ganglionnaire ne date que de cinq mois au plus.

J'énuclée ce ganglion sous-maxillaire. Il est de forme ovalaire, de consistance ferme, présente une couleur d'un gris rosé. On constate à sa surface quelques points grisâtres. A la coupe, la tranche de section est d'un gris rougeâtre, et parsemée d'une assez grande quantité de points gros comme des têtes d'épingle, blanchâtres, opalins. On trouve en outre des points plus volumineux et de couleur jaunâtre.

L'examen histologique nous montre les lésions caractéristiques de la tuberculose ganglionnaire avec de très rares bacilles tuberculeux.

Des fragments du ganglion sont inoculés dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin et deviennent le point de départ d'une tuberculose irienne des plus caractéristiques et assez riche en bacilles.

Des fragments du lupus, recueillis au niveau des points où il est encore *non exedens*, sont inoculés dans la chambre antérieure d'un autre lapin, et donnent lieu également à une tuberculose irienne très caractéristique et assez riche en bacilles.

Ce lupus fut traité par les pâtes salicylées, le raclage avec la curette, la pommade à l'iodo-hydrargyrate, les attouchements à l'éther iodoformé, les applications de la solution bichlorurée. — Il guérit en deux mois.

En 1886, il y eut une légère récidive qui fut combattue de la même façon et guérit en quinze jours. Depuis lors la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION. — (Mars 1885.)

X... Jenny, 12 ans. Rien de particulier dans ses antécédents personnels et héréditaires. Il y a trois ans, début d'un lupus légèrement ulcéro-croûteux du centre de la joue droite et du nez.

Je constate en outre à droite un ganglion myloïdien gros comme une forte noix au niveau de la région sous-maxillaire droite. La peau est un peu rouge à la surface de ce ganglion qui est à peine douloureux. Celui-ci paraît être un peu fluctuant en un point.

Toutes précautions antiseptiques prises, je ponctionne le ganglion et recueille au moyen de la seringue aspiratrice, environ un centimètre cube d'un liquide séreux, plein de grumeaux caséeux. L'examen histologique ne me permet pas de trouver de bacilles dans ce pus. J'inocule quelques gouttes de ce pus dans la cavité péritonéale de deux cobayes, et obtiens ainsi deux séries tuberculeuses des plus nettes de trois cobayes chacune. J'inocule des parcelles de lupus, recueillies au niveau des points où celui-ci n'est pas encore ulcéré, dans la cavité péritonéale de deux cobayes. J'obtiens ainsi deux belles séries tuberculeuses de quatre cobayes chacune.

Ce lupus fut traité par les pâtes salicylées, le raclage, la pommade à l'iodo-hydrargyrate,

les attouchements à l'éther iodoformé, les applications de la solution bichlorurée, etc. Il guérit en deux mois; huit mois après, il y eut une légère récidive qui fut combattue de la même façon; la guérison fut de nouveau obtenue en l'espace d'un mois. Depuis lors, elle se maintient et paraît complète. L'adénopathie fut guérie par les injections interstitielles d'éther iodoformé.

OBSERVATION. — (Avril 1885.)

X... Charles, 22 ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Il y a huit ans, d'après son dire, aurait débuté, par le nez, le lupus *exedens* du centre de la face, qui peu à peu a envahi celle-ci sur presque toute son étendue à droite et à gauche.

Quand il vient me trouver, je constate un lupus ulcéro-croûteux, papillomateux au niveau du nez, qui a rongé une bonne partie de cet organe et des joues.

Il existe en outre, à droite et à gauche, un ganglion sous-maxillaire plus gros qu'un marron. Ces ganglions sont mamelonnés, légèrement fluctuants en certains points.

Le malade nous dit qu'il s'est aperçu de leur développement il y a deux ou trois ans. Il est absolument certain qu'ils n'existaient pas avant le début de son lupus, ni longtemps après le début de celui-ci.

Toutes précautions antiseptiques prises, je ponctionne le ganglion et recueille au moyen de la seringue aspiratrice une sorte de pus renfermant des grumeaux caséeux.

L'examen histologique du pus ne permet pas d'y trouver de bacilles. J'inocule quelques gouttes de ce pus et de cette matière caséeuse dans la cavité péritonéale de deux cobayes et obtiens ainsi deux belles séries tuberculeuses de trois cobayes chacune. J'inocule des parcelles de ce tissu lupeux, dans la cavité péritonéale de deux cobayes et obtiens ainsi deux belles séries de trois cobayes chacune.

Ce lupus traité par la pâte salicylée, le raclage, la pommade au bichlorure, fut guéri au bout de quatre mois. Il y eut, en 1887, une légère récidive de tubercules *non exedentes*, dans la cicatrice, qui fut arrêtée net en une série de cautérisations ignées avec la pointe fine du Paquelin et des applications parasiticides ultérieures. L'adénopathie fut guérie par des injections d'éther iodoformé.

OBSERVATION. — (Octobre 1887.)

X... Mélanie, 26 ans. Mère morte phthisique. La malade l'a soignée pendant longtemps.

Il y a onze ans, début d'un lupus ulcéro-croûteux de l'aile du nez à droite. Ce lupus a progressivement détruit une partie du nez et envahi la joue droite et une partie de la joue gauche. Il a été traité par un médecin au moyen des scarifications sanglantes, mais n'a jamais été guéri complètement. Depuis cinq ans, la malade, désespérée de ces rechutes fréquentes, a abandonné tout traitement.

Il existe au niveau de la région sous-maxillaire droite une adénopathie du volume d'un gros marron, lobulée, mollasse en certains points.

Toutes précautions antiseptiques prises, je ponctionne le ganglion et recueille au moyen de la seringue aspiratrice un pus séreux renfermant des grumeaux caséeux mous.

L'examen histologique du lupus m'a permis de trouver dans deux coupes (sur 18) deux bacilles situés dans l'intérieur d'une cellule géante. L'examen histologique du pus du ganglion ne me permet pas d'y trouver de bacilles.

J'inocule quelques gouttes de ce pus et de cette matière caséeuse dans la cavité péritonéale de deux cobayes. J'obtiens ainsi deux séries tuberculeuses très nettes de deux cobayes chacune.

J'inocule des parcelles de tissu lupeux dans la cavité péritonéale de deux cobayes et obtiens également deux belles séries tuberculeuses de trois cobayes chacune.

Ce lupus traité par l'emplâtre salicylé, le raclage, les applications de compresses trempées dans une solution de bichlorure, les attouchements à l'éther iodoformé, des pommades caustiques et parasiticides, guérit au bout de trois mois, sans récidive.

L'adénopathie fut guérie par les injections interstitielles d'éther iodoformé.

On voit, par les observations précédentes, que ces adénopathies secondaires n'appartiennent pas en propre au *lupus exedens* comme l'ont écrit plusieurs dermatologistes, mais qu'on peut aussi les observer, quoique beaucoup plus rarement, dans le cours du lupus *non exedens*. Le fait est important à noter, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique.

On voit en outre que ces adénopathies ne sont pas nécessairement volumineuses, caséeuses ou suppurées, mais qu'elles peuvent au contraire être petites, et présenter tous les caractères de la tuberculose ganglionnaire miliaire, granuleuse, telle qu'elle a été bien décrite par Villemin, par Cornil, par Colas, etc.

La petitesse de ces adénopathies et leur crudité, persistant pendant longtemps parfois, nous expliquent comment il peut se faire que, lorsque l'adénopathie secondaire au lupus se présente sous cet aspect, elle puisse passer inaperçue. C'est là peut-être une des causes qui ont fait nier ces adénopathies dans le cours du lupus non exedens (1). Mais ces adénopathies ne se présentent pas toujours sous forme d'un simple engorgement ganglionnaire petit, parfois très petit, cru, dur, multiple ou unique, et souvent difficile à trouver.

Souvent assez volumineuses, uniques ou multiples, elles tendent à se ramollir, deviennent fluctuantes ; la peau s'amincit à leur niveau, elles s'ulcèrent et il se produit un orifice fistuleux qui laisse écouler un pus séreux mélangé de matière caséeuse friable. Ces abcès, qui ne sont autre chose que des gommes scrofulo-tuberculeuses ulcérées, suivront la marche des gommes scrofulo-tuberculeuses ganglionnaires et pourront se compliquer dans leur voisinage de gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques, dermiques, etc. Ainsi se produiront de véritables écrouelles secondaires au lupus. (Le fait est d'ailleurs assez rare.)

Ces adénopathies suppurées, ces écrouelles secondaires, sont plus fréquentes à la suite du lupus exedens qu'à la suite du lupus non exedens (1).

1. Dans le lupus de la face, les ganglions sous-maxillaires sont d'ordinaire bien plus volumineux que les ganglions axillaires ou inguinaux dans les cas de lupus des membres. On observe des faits analogues dans le cas de tuberculose osseuse. En somme, il est assez fréquent de voir une lésion tuberculeuse minuscule de la bouche ou de la face s'accompagner d'une adénopathie sous-maxillaire considérable, alors qu'une lésion énorme des membres ne s'accompagne que d'une adénopathie inguinale ou axillaire peu prononcée.

Comme me l'a fait remarquer, en janvier 1890, le professeur O. Witzel (de Bonn), quand il vint visiter ma clinique, ceci s'explique peut-être par le développement des glandes lymphatiques, comme l'a supposé Köster. Les glandes lymphatiques de la région sous-maxillaire correspondent dans leur développement et leurs fonctions à celles du mésentère. Elles se gonflent après le repas comme les glandes mésentériques et renferment du chyle (venant des aliments) et de la lymphe (venant des tissus). — Au contraire les glandes lymphatiques inguinales et axillaires ne renferment que de la lymphe. Aussi la voie lymphatique de la face est-elle plus large, plus activement parcourue, le courant lymphatique y est-il plus puissant qu'au niveau de celle des membres. Ceci expliquerait pourquoi la voie lymphatique faciale doit théoriquement entraîner plus de matière virulente que la voie lymphatique des membres. Ceci expliquerait aussi pourquoi les glandes lymphatiques du cou qui se trouvent placées directement dans la direction du courant rapide et puissant, se gonflent rapidement, et pourquoi en conséquence les voies collatérales sont rapidement engorgées à leur

Bien que le lupus non exedens s'accompagne plus rarement que le lupus exedens d'adénopathies secondaires, il faut noter cependant que les adénopathies secondaires du lupus non exedens demeurent en général crues, petites, bien que souvent multiples. Ces adénopathies secondaires crues peuvent disparaître soit par résorption interstitielle, soit par sclérose du ganglion, comme je l'ai remarqué dans un cas.

Pour terminer, je dois dire qu'il m'a semblé que les adénopathies secondaires demeurées crues, petites, étaient plus souvent suivies de tuberculose pulmonaire ou de tuberculisation plus ou moins généralisée que les adénopathies secondaires suppurées (1). Cela tient-il à ce que l'orifice étant fistuleux, les gommes en sécrétant leur pus, éliminent aussi en même temps les bacilles de la tuberculose (2)? Cela tient-il à ce que le bacille de la tuberculose trouve un mauvais terrain de culture dans un milieu qui suppure, la virulence étant, comme on sait, en général opposée à la purulence? Il est difficile de le dire.

Quoi qu'il en soit, depuis que j'ai acquis les preuves scientifiques que certaines adénopathies secondaires au lupus peuvent être des foyers tuberculeux, je surveille attentivement l'état des ganglions chez les lupeux, et, quand apparaît une adénopathie suspecte, je la combats énergiquement par les topiques, les injections interstitielles (en particulier les injections interstitielles d'éther iodoformé d'après le procédé de Verneuil), voire même par l'ablation ou la destruction du ou des ganglions, suivant les procédés recommandés par Verneuil, Trélat, Cazin (de Berck), Duret (de Lille), etc., dans le traitement des écrouelles ganglionnaires.

J'estime que, lorsque la nature tuberculeuse de l'adénopathie secondaire a été établie soit par la recherche des bacilles, soit par l'inoculation, il n'y a pas à hésiter, la destruction du ganglion ou sa désinfection s'imposent. Il faut employer tous les moyens pour arrêter la marche extensive du virus tuberculeux. Je vais même plus loin et me demande s'il ne faudrait pas toujours détruire une adénopathie suspecte dont les lymphatiques sont en rapport avec le foyer lupeux (3). Nous reviendrons d'ailleurs sur toutes ces questions au chapitre : TRAITEMENT.

tour. Il en résulte un engorgement rapide des ganglions sous-maxillaires, d'abord d'un côté, puis de l'autre par fluxion collatérale. Pour les membres au contraire, la voie lymphatique demeurant plus libre, il ne se produit pas de fluxions ganglionnaires collatérales, aussi les volumineux paquets de ganglions engorgés sont-ils plus rares à l'aisselle et à la région inguinale qu'à la région sous-maxillaire (Witzel).

1. Cela tiendrait-il à ce que, dans le lupus non exedens, les vaisseaux lymphatiques résorbent non-seulement le bacille tuberculeux, mais encore des micrococci de la suppuration qui, transportés dans le ganglion, hâteront la suppuration, comme je l'ai fait remarquer en novembre 1890, dans mon mémoire sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus.

Torpide pendant longtemps, petite, indolente, renfermant en quelque sorte une tuberculose latente, l'adénopathie deviendra volumineuse, suppurée, lorsque les microbes de la suppuration l'auront (que l'on me passe l'expression) réveillée de sa torpeur.

2. Si cette hypothèse était exacte, on ne peut s'empêcher de songer avec E Besnier, à l'analogie qui existe entre ces adénopathies qui suppurent, constituant ainsi de véritables émonctoires, et les cautères et sétons préconisés par les anciens dans le traitement des écrouelles.

3. Dans quelques cas, j'ai remarqué que c'était à la suite de fluxions ganglionnaires passagères, survenant soit d'une façon en apparence spontanée, soit à la suite des poussées lymphangitiques dont nous avons parlé page 181, que se montraient les phénomènes de tuberculisation pulmonaire. Voici comment les choses se passaient dans ces cas: Le ganglion petit, indolent, élastique, se gonfle un peu et devient légèrement douloureux. Cette fluxion ganglionnaire persiste quelques jours (qu'elle soit survenue spontanément ou à la suite d'une lymphangite ou d'un œdème lymphangitique lupeux). Puis elle disparaît et en peu de temps le ganglion reprend son volume et sa consistance ordinaires. Peu de temps après, surviennent des signes de congestion (poussée tuberculeuse) au niveau du sommet de l'un ou des deux poumons.

Œdèmes durs et lymphangites chroniques, — Pachydermie. — État éléphantiasiforme.

La réaction du tissu conjonctif situé dans le voisinage du foyer lupeux ne se manifeste pas seulement par des engorgements inflammatoires aigus ou des poussées d'œdème lymphangitique.

Dans certains cas, l'hyperplasie du tissu conjonctif, l'œdème lymphangitique devenus chroniques, finissent par produire dans le tégument un épaississement considérable, éléphantiasiforme, parfois monstrueux. Cette pachydermie peut siéger, comme nous l'avons déjà dit, à la face. Celle-ci prend alors un aspect léontiasiforme.

Mais c'est surtout aux membres et en particulier aux membres inférieurs, que cet état pseudo-éléphantiasique est fréquent et présente un aspect remarquable.

Sous l'influence des poussées aiguës ou subaiguës d'œdème lymphangitique, des inflammations, on voit s'installer, au niveau du membre atteint, l'œdème chronique amenant l'aspect éléphantiasiforme du membre (1).

Cet œdème chronique qui aboutit aux lésions diverses de l'œdème dur, de la dermite chronique (dont nous aurons à parler au chapitre « Anatomie pathologique ») produit à la longue, non seulement l'hypertrophie du tissu conjonctif cutané et sous-cutané, mais encore de tout l'hypoderme, du tissu conjonctif intermusculaire, la dégénérescence des muscles, etc. En un mot ces œdèmes lymphangitiques, ces lymphangites lupeuses finissent par déterminer des lésions qui présentent une grande analogie avec celles de l'éléphantiasis des Arabes.

Cet état éléphantiasiforme, surtout accentué au niveau des membres inférieurs, modifie singulièrement l'aspect du lupus.

La jambe est doublée et triplée de volume ; ses saillies naturelles ont disparu ; elle a pris une forme cylindrique qui, en se continuant sans ligne de démarcation avec le dos du pied (lequel est élargi, tuméfié comme un coussin), et avec les orteils hypertrophiés (parfois séparés, très écartés, en général fortement pressés les uns contre les autres), rappelle les pattes de l'éléphant. Au niveau du cou-de-pied, il existe parfois un sillon profond dans lequel s'accumule de l'épiderme macéré. (Voir Planche VIII, *Figure* 6 et Planche III, *Figure* 4.)

Comme le fait avec raison remarquer Mathieu dans son mémoire intitulé : *Note pour servir à l'histoire du pseudo-éléphantiasis strumeux* (*Bulletins de la Société Anatomique*, 1885), le gonflement éléphantiasique ne s'arrête pas au niveau des

(1). La déclivité, l'éloignement de la région atteinte du centre circulatoire, jouent également, grâce aux troubles circulatoires, un grand rôle dans la production de ces œdèmes chroniques devenant durs, comme on peut d'ailleurs le constater dans la plupart des inflammations chroniques des membres inférieurs.

L'état cyanotique des extrémités que l'on observe si souvent chez les lymphatiques et dont nous avons parlé au début de ce livre, peut aussi dans certains cas jouer le rôle de cause prédisposante.

Mais la véritable cause de cet état éléphantiasique doit être cherchée dans les poussées d'œdèmes lymphangitiques et de lymphangites que nous avons étudiées plus haut.

malléoles pour y former une saillie énorme qui entoure le bas de la jambe et laisse le pied presque intact comme dans l'éléphantiasis des Arabes.

Le pseudo-éléphantiasis lupeux envahit également le pied et la jambe. Aussi la saillie des malléoles disparaît-elle et le cou-de-pied cylindrique se continue-t-il avec la jambe. Très tardivement, très lentement, la tuméfaction cutanée peut s'élever jusqu'au-dessus du genou et envahir la cuisse. Le fait est très rare.

L'observation suivante qui m'a été obligeamment communiquée par le Dr Ricochon, de Champdeniers (Deux-Sèvres), auquel nous devons de si intéressants travaux sur la tuberculose, constitue un magnifique exemple de pseudo-éléphantiasis lupeux ayant envahi tout le membre inférieur, depuis les orteils jusqu'au pli de l'aine.

OBSERVATION (Voir Planche VIII, *Figure* 6).

Observation et photographie communiquées par M. le Dr Ricochon.

Lupus de la face interne du pied. Pseudo-éléphantiasis secondaire à des lymphangites scrofulo-tuberculeuses consécutives à un lupus tuberculo croûteux et à des gommes scrofulo-tuberculeuses du membre inférieur gauche. L'œdème dur eléphantiasiforme a envahi non seulement la jambe mais la cuisse. Tuberculose prononcée dans la famille du malade.

Comme l'a fait remarquer M. Ricochon dans son important mémoire sur les familles des tuberculeux publié en 1888 au congrès de la tuberculose, ce jeune homme, âgé de 17 ans, présente du côté de la famille de sa mère des antécédents héréditaires tuberculeux remarquables. Sa mère âgée de 48 ans est atteinte d'une luxation congénitale de la hanche. Un frère de sa mère est mort phthisique à 40 ans. Une sœur de sa mère est très délicate et a mis au monde une fille atteinte de luxation congénitale double de la hanche, et une fillette atteinte de phthisie laryngée. Le malade a eu un frère mort à 15 ans de méningite tuberculeuse.

L'affection a débuté par un lupus tuberculeux exedens croûteux de la face interne du pied, que le Dr Ricochon a observé chez le malade vers l'âge de 8 à 9 ans. Ces lésions avaient résisté à tout le traitement alors en usage. Il s'en développa d'autres à la suite sur la jambe, à la face interne de la cuisse. Le Dr Ricochon, qui à cette époque n'était pas le médecin du malade, eut l'occasion de le revoir vers l'âge de 17 ans, ayant été appelé pour une cousine germaine atteinte de phthisie laryngée. A cette époque, le lupus semblait guéri presque complétement ainsi que les gommes scrofulo-tuberculeuses, laissant à sa suite des dépressions peu profondes, vergetées.

Au cou, il existe des gommes ganglionnaires encore en voie de suppuration.

C'est vers la chute des croûtes que l'éléphantiasis s'est montré sous la forme d'une infiltration rapide du pied jusqu'au genou. Je ne sais au juste en quelles limites de temps. Mais il semble bien qu'il n'y a pas eu la rougeur lymphangitique et érysipélateuse de début qu'on signale ordinairement.

Aujourd'hui, le membre inférieur est déformé d'une façon extraordinaire et présente au plus haut degré l'aspect de l'éléphantiasis des Arabes. La surface cutanée est mamelonnée par places, surtout à la jambe avec des parties de-ci de-là légèrement ulcérées, *par où s'écoule de la sérosité lymphatique.*

Tout en haut près de l'aine, la ligne de séparation avec les tissus sains est nette, frangée en bourrelets un peu saillants, un peu croûteux, et à un ou deux centimètres sur la place saine, il

existe un archipel d'îlots crustacés (Lupus tuberculo-croûteux) d'un diamètre variant de quelques millimètres à 1 centimètre, comme s'il y avait là des sentinelles avancées de quelque principe contagieux.

La dermite et l'œdème chronique ont amené un épaississement et une adhérence de la peau qui rendent tout plissement, tout pincement impossibles.

Par places, la peau est lisse, tendue, luisante; ailleurs elle est rugueuse, terne, sèche, recouverte de squames ou de lamelles épidermiques grisâtres, parfois imbriquées ou écailleuses, ou dans certains cas de plaques cornées fortement adhérentes. En d'autres points, la peau est recouverte de croûtes d'un vert jaune sale. Souvent, suivant la remarque de Hebra et Kaposi, elle est humide (eczémateuse) sur des espaces plus ou moins étendus.

Lorsque l'œdème et la dermite durent déjà depuis longtemps, il arrive souvent que l'hypertrophie des papilles cutanées amène la production de saillies mamelonnées et de végétations qui occupent une étendue plus ou moins considérable.

Tantôt ces plaques papillomateuses sont sèches, dures, recouvertes d'un épiderme corné, ichthyosiforme; tantôt elles sont mamelonnées, rouges, dures séparées par des crevasses, qui sécrètent parfois un peu de pus. Sous cet aspect, ces placards papillomateux présentent assez souvent les caractères du lupus scléreux, que j'ai décrit avec E. Vidal, ainsi que me l'ont montré mes examens histologiques et mes inoculations expérimentales.

Sur les membres ainsi atteints peuvent survenir des ulcérations superficielles ou profondes, qui apparaissent au niveau des points les plus indurés ou les plus papillomateux. Ces ulcérations proviennent de la nécrose des tissus pachydermiques, là où ils sont surtout infiltrés par le scrofulo-tuberculôme qui y a été déposé en quelque sorte par les lymphangites, soit sous forme d'infiltrat lupômateux, soit sous forme de gommes scrofulo-tuberculeuses. (Voir PLANCHE III. *Figure* 4.)

L'ulcère présente tantôt une apparence calleuse, tantôt au contraire un aspect papillomateux. Il faut de longues années, des dizaines d'années même pour que se produise une pareille altération éléphantiasiforme (1).

Hebra et Kaposi font remarquer que, pendant un si long intervalle, le lupus pouvant s'être arrêté, on ne voit plus que l'éléphantiasis, sans pouvoir discerner que le lupus en a été le point de départ. Cependant on trouvera d'ordinaire, soit au niveau du membre malade, soit dans des points plus ou moins éloignés, des foyers lupeux qui éclaireront le diagnostic.

D'ailleurs, le plus souvent, comme nous l'avons vu, lupus et altération éléphantiasique évoluent simultanément.

Aux membres supérieurs, l'état pachydermique n'atteint jamais le développement qu'il peut acquérir au niveau des membres inférieurs. Toutefois on trouvera dans Rayer (p. 200, t. II), un bel exemple d'éléphantiasis lupeux de l'avant-

1. Dans certains cas, l'on peut constater nettement que l'œdème et la dermite chronique procèdent par poussées successives, à la suite de poussées érysipélatoïdes, d'œdèmes lymphangitiques. Ceci vient encore augmenter l'analogie qui existe entre ces pseudo-éléphantiasis lupeux et l'éléphantiasis des Arabes.

bras et du bras. Cette dégénérescence éléphantiasiforme se complique fréquemment de lésions diverses dont nous avons parlé plus haut à propos du lupus des membres.

Ces lésions pachydermiques et déformantes présentent la plus grande analogie avec celles que l'on observe souvent dans le cours de la lèpre systématisée tégumentaire. (Voir mon *Traité de la Lèpre*, pages 69 et 70.)

La *Figure* 4 de la Planche III constitue un bel exemple des déformations que le lupus peut déterminer au niveau des membres inférieurs, et des altérations éléphantiasiformes qu'il peut y produire.

Elle représente la jambe d'une malade que j'ai pu étudier et suivre longtemps en 1879 dans le service de mon cher maître Lailler. J'ai excisé des portions de ce tissu pachydermique pour en pratiquer un examen histologique.

Dans deux autres cas, j'ai également pratiqué l'examen histologique et bactériologique des parties atteintes et j'ai inoculé à des animaux des morceaux de la peau pachydermique et des tissus ayant subi la dégénérescence éléphantiasiforme.

Ces recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales démontrent péremptoirement que, dans ces trois cas tout au moins, l'œdème dur et l'état éléphantiasiforme sont dus à de véritables lymphangites lupeuses qui finissent par infiltrer le derme et l'hypoderme des régions atteintes, de nombreux scrofulo-tuberculômes (1). Doutrelepont et son élève Friedrich Hahn (*Ueber Lupus der Extremitäten. Archiv. für dermatologie und Syphiligraphie*, 1890, p. 486) sont arrivés aux mêmes résultats.

2° Gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques, hypodermiques et ganglionnaires

Après ce que nous avons dit plus haut à propos de l'évolution du lupus en général, du lupus étudié suivant son siège, des altérations du système lymphatique dans le lupus, etc., nous pouvons être bref en ce qui concerne les gommes scrofulo-tuberculeuses.

Notons cependant les deux particularités cliniques suivantes sur lesquelles j'ai depuis 1884 attiré l'attention au point de vue de l'importance qu'elles présentent dans la détermination de la nature du lupus vulgaire.

L'on voit parfois au bout d'un temps plus ou moins long se produire au niveau

1. Donc, comme nous l'avons déjà dit plus haut, cet œdème chronique éléphantiasiforme est dû en grande partie à la production des œdèmes lymphangitiques spécifiques qui, en disséminant dans le tissu conjonctif du derme et de l'hypoderme le virus lupeux, y amèneront la production d'infiltrats scrofulo-tuberculeux sous forme de nodules miliaires, de nodosités plus grosses, présentant les caractères du lupus ou des gommes scrofulo-tuberculeuses.

Ces scrofulo-tuberculômes pourront, suivant les cas, évoluer vers la sclérose, ou vers la nécrobiose ulcéreuse, ou vers la suppuration.

Ils agiront à leur tour sur le tissu conjonctif et les radicules lymphatiques ambiants et seront le centre de nouveaux œdèmes lymphangitiques spécifiques. Ils peuvent être la cause d'adénopathies scrofulo-tuberculeuses ou même peut-être (quand les veines ou les gros vaisseaux lymphatiques sont pris) d'une tuberculose plus ou moins généralisée.

d'un placard lupeux, des gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques, voire même hypodermiques caractéristiques.

Bien plus, comme je l'ai plusieurs fois montré dans ma clinique depuis 1884, l'on peut voir dans des cas exceptionnels, un placard ou un nodule plus ou moins volumineux de lupus vulgaire, se transformer *in situ* en gomme scrofulo-tuberculeuse.

Réciproquement, comme nous aurons à y revenir plus loin à propos de la pathogénie du lupus, l'on voit quelquefois se produire des nodules lupeux à la périphérie ou même à la surface de cicatrices de gommes scrofulo-tuberculeuses.

Nous voyons donc que *in situ* le lupus peut se transformer en gomme scrofulo-tuberculeuse et que la gomme scrofulo-tuberculeuse peut se transformer en lupus. De pareils faits suffisent, comme je l'ai écrit en 1888 dans le *Bulletin médical*, pour démontrer cliniquement l'erreur des médecins qui nient la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, tout en admettant que les gommes scrofulo-tuberculeuses sont de nature tuberculeuse.

3° Altérations des gaines tendineuses et des articulations

Nous les avons longuement étudiées à propos du lupus des membres, nous n'avons donc pas à y revenir.

Remarquons en passant que l'on voit parfois une lésion scrofulo-tuberculeuse articulaire ou tendineuse, amener par inoculation tégumentaire un lupus de la peau, comme nous le verrons au chapitre « Etiologie et Pathogénie du lupus ».

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée, depuis 1884, j'ai constaté que sur 312 cas de lupus, il existait 25 cas de complications articulaires, et 11 cas de lésions des gaînes tendineuses.

4° Lésions osseuses

Nous avons longuement étudié ces lésions à propos du lupus étudié suivant son siège. Nous n'avons pas à y revenir. Dans certains cas, comme nous le verrons au chapitre « Étiologie et Pathogénie du lupus », une lésion osseuse scrofulo-tuberculeuse, peut, par inoculation tégumentaire être l'origine d'un lupus.

Nous avons vu plus haut que les os de la face sont envahis d'une façon tout à fait exceptionnelle par le lupus, ce qui constitue même un utile moyen de diagnostic d'avec la syphilis.

J'ai pu observer dans le service de Lailler, en 1882, un beau cas de lupus des os de la face, dont j'ai pu recueillir l'observation et pratiquer un examen anatomique et histologique minutieux, le malade étant mort peu de temps après.

Cette observation a été publiée à la page 232 de l'excellente thèse de Renouard auquel j'ai communiqué les résultats de mes recherches anatomiques.

L'on trouvera également dans la thèse de Renouard des observations de lupus provenant des services de Lailler et de Besnier semblant avoir envahi l'os frontal, l'os maxillaire, mais dont l'examen histologique n'a malheureusement pu être pratiqué.

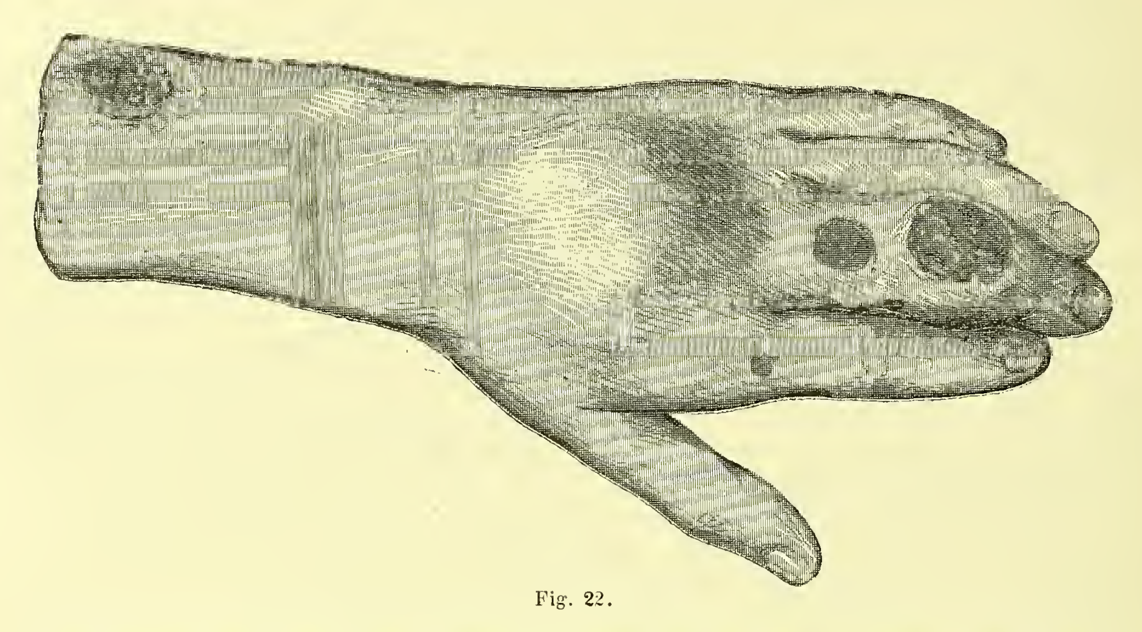


Fig. 22.

Cette figure représente la face dorsale de la main et du médius atteint de synovite fongueuse, chez un sujet atteint de lupus de la face et de lupus tuberculo-gommeux du membre supérieur.

B. — *Complications locales ou de voisinage ne ressortissant pas directement et spécifiquement au virus scrofulo-tuberculeux (accidents locaux ou de voisinage para-lupeux).*

1° Érysipèle vrai

L'érysipèle vrai peut s'observer chez le lupeux comme chez tout autre sujet. Il doit être essentiellement distingué de ces pseudo-érysipèles, de ces lymphangites, de ces érysipèles plus ou moins blancs dits des strumeux, que nous avons étudiés plus haut à propos du lupus et du système lymphatique et qui par leur marche, leur aspect, l'action qu'ils semblent avoir sur la dissémination du processus tuberculeux, constituent de véritables lymphangites spécifiques ou mixtes où le bacille tuberculeux joue un rôle majeur.

Tout autre est l'érysipèle vrai qui peut se montrer chez les lupeux. Il se présente chez eux avec ses caractères aigus, francs, bien connus.

Contrairement à ce qu'ont prétendu un certain nombre d'auteurs, je n'ai jamais vu l'érysipèle amener la guérison d'un lupus, ni même exercer sur lui une action heureusement modificatrice. Tout au contraire, j'ai vu dans quelques cas, une véritable poussée de tubercules lupeux se produire quelque temps après la guérison d'un érysipèle franc. J'ai vu dans d'autres cas un lupus vulgaire non exedens devenir exedens à la suite d'un érysipèle franc.

Enfin j'ai observé à la suite d'un érysipèle franc de la face, une suppuration des adénopathies sous-maxillaires consécutives à un lupus du centre de la face. Ces adénopathies antérieurement crues, furent ainsi rapidement transformées en quelques jours en gommes scrofulo-tuberculeuses ganglionnaires suppurées, puis fistuleuses.

Donc, loin de croire comme certains médecins aux vertus curatives de l'érysipèle chez les lupeux, je redoute cette complication et me garderai bien d'inoculer l'érysipèle à des lupeux dans un but thérapeutique, comme cela a été fait.

Je suis absolument de l'avis du Pr Pick. L'érysipèle doit être redouté et évité au même titre que toutes les causes d'origine thérapeutique ou spontanée qui produisent du côté du lupus une inflammation vive, sans détruire complètement le tubercule lupeux. L'influence nocive de l'érysipèle sur le lupus a été bien exposée par un élève du Pr Pick, le Dr R. Winternitz (Ueber den Einfluss des Erysipels auf Lupus, *Prager Medicinische Wochenschrift*, 1887).

Je ne serais pas éloigné d'admettre, comme je l'ai fait observer depuis longtemps dans mes cliniques, que l'influence, nocive exercée dans certains cas par l'agent érysipélateux sur le lupus, présente certaines analogies avec celles qu'exercent les agents de la suppuration dans l'évolution du lupus.

2° Action des agents de la suppuration

J'ai suffisamment insisté plus haut sur le rôle que jouent les agents de la suppuration dans l'évolution du lupus pour n'avoir pas à y revenir.

Plus je vais et plus je suis persuadé que les variétés multiformes du lupus exedens sont dues à l'action des agents de la suppuration comme je l'ai démontré, et non pas aux leucomaïnes sécrétées par les bacilles de la tuberculose, comme l'ont écrit Hallopeau et Wickham. (Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux. Comptes rendus du congrès de la tuberculose, 1888.)

J'ai été de nouveau amené à insister sur ce fait au Congrès international de la tuberculose de 1891, et à montrer que, en ce qui concerne le lupus, l'opinion qu'émettait à ce congrès mon éminent maître et ami, le Pr Verneuil, ne pouvait être admise : que les agents de la suppuration, loin de jouer dans l'évolution du lupus un rôle favorable, y jouaient un rôle particulièrement nuisible. (H. Leloir et

A. Tavernier. Recherches nouvelles sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus. Comptes-rendus du congrès de la tuberculose 1891.)

3° Hyperkératose, état ichthyosiforme, cornes cutanées

Il se produit parfois des troubles de la kératinisation cutanée pouvant aboutir à la formation de plaques cornées plus ou moins épaisses recouvrant en général des saillies papillomateuses. Ces lésions s'observent surtout dans les cas de lupus des membres, en particulier de lupus ancien des membres inférieurs avec état pachydermique.

Il peut se développer aussi, surtout au niveau des membres (même au niveau des membres supérieurs) atteints de lupus, un état ichthyosiforme ou mieux xérodermique plus ou moins accentué de la peau qui entoure les foyers lupeux et cela sur une étendue plus ou moins considérable. Cet état pseudo-ichthyosiforme dont j'ai observé un assez bon nombre d'exemples aurait été consécutif, d'après le dire des malades que j'ai observés, à l'apparition de l'infiltrat lupeux.

Toutefois il n'est pas certain que chez plusieurs de ces malades il n'existait pas un état xérodermique antérieur, moins prononcé sans doute, tel qu'on l'observe assez fréquemment chez quelques sujets et en particulier chez les lymphatiques.

Dans certains cas de lupus de la face, presque toujours dans les cas de lupus ancien et d'ordinaire au niveau de cicatrices plus ou moins évidentes, l'on a vu et j'en ai pour ma part observé trois exemples, se développer des excroissances cornées constituant de véritables cornes cutanées. Ces cornes cutanées peuvent aboutir à l'épithélioma.

Leur structure et leur pathogénie se rapprochent de celles des cornes cutanées en général, telles que je les ai décrites dans le *Traité descriptif des maladies de la peau* que je publie en collaboration avec E. Vidal.

4° Complications qui peuvent se produire au niveau des cicatrices de lupus

Nous avons parlé plus haut des troubles fonctionnels que peuvent déterminer les cicatrices consécutives à l'évolution du lupus. Outre les troubles fonctionnels dus à la rétraction cicatricielle, l'on peut observer au niveau des cicatrices lupeuses diverses complications.

Une récidive de lupus peut se faire dans la cicatrice ou dans son voisinage immédiat. Nous en avons suffisamment parlé pour ne pas y revenir.

Il n'est pas nécessaire qu'il se produise au niveau de la cicatrice une poussée nouvelle de lupômes, pour que celle-ci s'ulcère de nouveau. Les tractions qui s'exercent sur certaines cicatrices lupeuses sont parfois suffisantes pour amener

une déchirure, un crevassement des couches superficielles de la cicatrice, déchirure portant en général sur l'épiderme.

Mais ces crevasses, ces déchirures peuvent, sur un terrain mal préparé sans doute, par suite de leur inoculation par les agents de la suppuration, devenir l'origine d'exulcérations et même d'ulcérations plus ou moins torpides, difficiles à guérir, et que l'on pourrait prendre pour des récidives intra-cicatricielles de lupus exedens, si l'on n'étudiait avec soin leur mode de début et leur évolution, et si l'attention n'était portée sur la possibilité de cette complication.

J'ai souvent attiré l'attention de mes élèves sur ces complications cicatricielles, non décrites que je sache et leur ai montré combien dans ces cas une erreur de diagnostic pourrait être préjudiciable au malade. Il importe en effet de ne pas traiter ces ulcérations cicatricielles comme des ulcérations lupeuses. La thérapeutique lupeuse ne peut que les exaspérer et les augmenter. Elles sont essentiellement justiciables du traitement local antisuppuratif, de la suppression de la traction. Elles peuvent être amendées par une thérapeutique tendant à diminuer la rétraction du tissu inodulaire à une certaine distance de la crevasse et de l'ulcération (scarifications, électrolyse, applications consécutives d'emplâtre de Vigo) comme je l'ai montré en 1885. (H. Leloir, Titres scientifiques et *Monatshefte fur Praktische Dermatologie*, 1886.)

Dans certains cas, les agents de la suppuration déterminent au niveau des jeunes cicatrices, des complications très remarquables sur lesquelles j'ai attiré l'attention dans mon mémoire sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus.

L'on voit en effet parfois une cicatrice d'apparence absolument normale, qui à l'œil nu et à la loupe paraît indemne de tout infiltrat lupeux, s'ulcérer tout à coup avec une rapidité plus ou moins grande. Ainsi se produisent des ulcérations à marche assez rapidement envahissante, souvent assez étendues et profondes et sécrétant un pus très abondant.

Ces ulcérations se montrent en général, je le répète, au niveau des cicatrices jeunes, présentant une teinte rose ou violacée, souvent vascularisées. Elles sont fréquemment précédées de la formation de pustules, de phlycténules, de petits abcès épidermiques ou dermiques superficiels.

J'ai montré dans le mémoire précité que ces ulcérations suppuratives, qui évoluent avec une rapidité excessive, sont dues à l'action des agents de la suppuration. Le traitement du lupus ne leur convient pas ; il ne fait que les aggraver. Le traitement antisuppuratif en amène la cicatrisation avec la plus grande rapidité.

Néanmoins il importe, pour empêcher une récidive de ces ulcérations, de continuer encore quelque temps le traitement anti suppuratif et d'éviter toute cause d'irritation et d'éraillure. J'ai vu plusieurs fois se produire au niveau des cicatrices lupeuses des poussées d'impetigo dont les croûtes épaisses pouvaient faire redouter une récidive de lupus exedens. De pareils faits s'observent surtout chez les sujets qui se soignent mal et qui ne stérilisent pas suffisamment leurs cicatrices. Ces poussées peuvent être en général évitées par l'application de topiques appropriés.

Dans des cas exceptionnels, j'ai vu se produire au niveau de cicatrices lupeuses et même dans quelques-uns de ces cas exactement et uniquement au niveau d'anciennes cicatrices lupeuses, des éruptions de nature eczémateuse. Ces éruptions

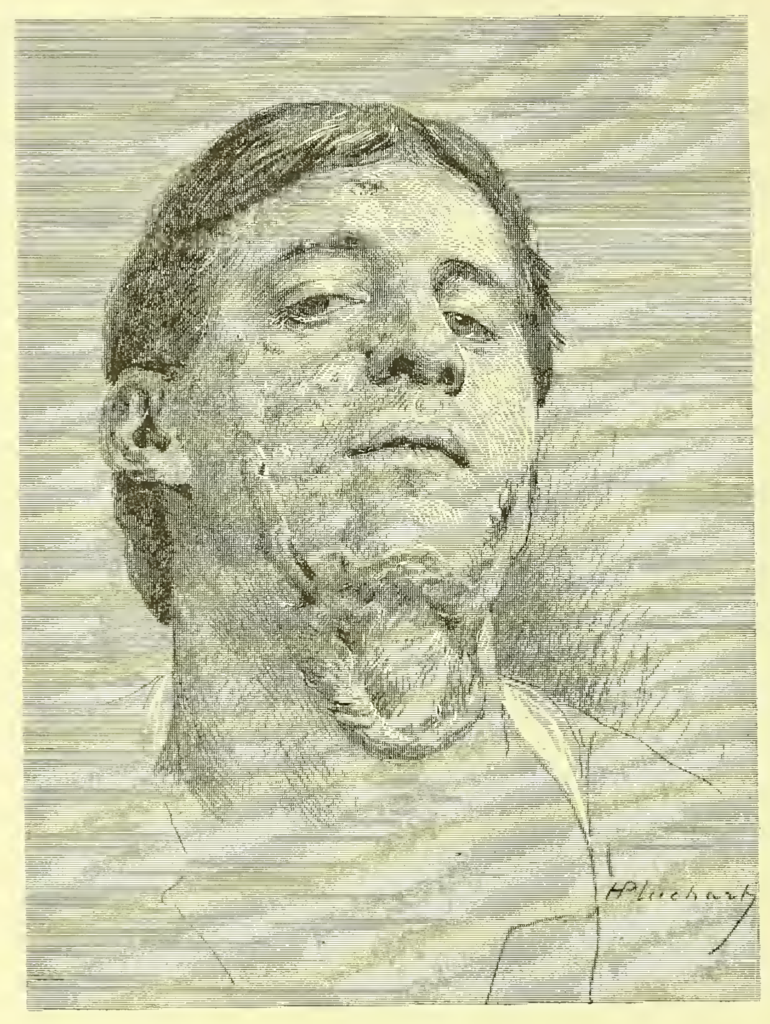


Fig. 23.

Cette figure représente la face d'un jeune homme de 23 ans, atteint de lupus non exedens disséminé, chez lequel les cicatrices consécutives à la destruction des placards lupeux au moyen du galvano-cautère de Besnier devinrent affreusement chéloïdiennes.

présentaient tous les caractères cliniques de l'eczéma suintant ou squameux. Elles étaient parfois d'une opiniâtreté excessive. Elles m'ont paru plus fréquentes au niveau des cicatrices saillantes. J'ai observé des cas analogues à la suite de la guérison complète de syphilides tuberculeuses. Dans un cas de syphilides, j'ai vu, sur 50 cicatrices consécutives à des syphilides tuberculeuses disséminées, se produire une éruption eczémateuse suintante, tenace, exactement localisée aux cicatrices, qui fit croire au malade qu'il s'était produit une rechute et qui guérit

uniquement par le traitement local et général antieczémateux. De pareils faits, bien que rares, devaient être signalés, parce qu'ils peuvent être cause d'erreurs multiples.

L'on voit parfois se développer, au niveau des cicatrices, de petits nodules miliaires rougeâtres, d'origine glandulaire, sébacée ou pilo-sébacée. Ce sont des espèces de petits nodules de milium qu'il faut avoir soin de ne pas prendre pour des nodules lupeux de récidive, avec lesquels ils pourraient être confondus bien facilement, si l'on n'était prévenu.

Pour terminer, je dois signaler la tendance que présentent parfois les cicatrices du lupus à devenir chéloïdiennes.

C'est d'ailleurs un fait remarquable de voir combien les scrofulo-tuberculômes ont de la tendance à laisser comme traces de leur passage des cicatrices chéloïdiennes. Ce fait d'observation est surtout frappant, si l'on compare les cicatrices de la syphilis à celles de la scrofulo-tuberculose. Les syphilômes non résolutifs produisent bien plus rarement des cicatrices chéloïdiennes que les scrofulo-tuberculômes.

Ces cicatrices chéloïdiennes sont très variables d'aspect. D'une façon générale, comme je l'ai fait remarquer dans mes cliniques de 1886, elles peuvent, suivant leur plus ou moins grande vascularisation, se diviser en :

Cicatrices chéloïdiennes pures ;

Cicatrices chéloïdiennes vasculaires ;

Je me permets d'ailleurs de renvoyer, pour plus de détails, à l'article Chéloïde que j'ai publié en collaboration avec E. Vidal dans mon *Traité descriptif des maladies de la peau*.

5° Lupus et épithéliome

Il est très rare, comme on le sait, de voir coïncider dans un même endroit les lésions de la tuberculose et celles du cancer. C'est peut-être pour cette raison que l'on voit si rarement une dermite chronique accompagnée de proliférations épithéliales abondantes, comme dans le lupus, se compliquer de carcinome. Il est tout à fait exceptionnel en effet de voir les lupus, même les plus anciens, subir en un point quelconque la dégénérescence épithéliomateuse. C'est ainsi que sur environ 1.000 cas de lupus qu'il m'a été donné d'observer, depuis que je m'occupe de dermatologie, je ne me souviens avoir vu qu'une quinzaine de cas de lupus compliqué d'épithéliome. La rareté de cette complication est admise par tous les dermatologistes. Ce fut Devergie le premier, comme l'a fait remarquer mon élève le Dr Bidault dans son excellente thèse, qui signala la possibilité de cette complication. Mais c'est surtout O. Weber qui en publia les premiers cas détaillés avec examen histologique à l'appui.

Depuis lors, de nouveaux travaux sur ce sujet ont été publiés principale- en Allemagne et en Autriche par Hebra, Wenk, Wolkmann, Lang, et cette ques-

tion fut l'origine d'une discussion importante en 1875 à la Société de Médecine de Berlin, discussion à laquelle prirent part Friedländer, Orth, Langenbeck, Lewin, Bardeleben.

Bientôt parurent sur ce sujet les travaux de Lailler, de Kaposi, de Schutz, de Leloir et de son élève Bidault, de Winternitz élève de Pick, de G. Ollendorf élève de Doutrelepont, de V. Mibelli, de Dubois-Havenith, de Raymond, élève de Vidal, de Nielsen, etc.

Le lecteur désireux d'étudier à fond ce sujet, trouvera tous les renseignements sur cette question dans les très-importants et complets mémoires de Bidault et de V. Mibelli.

Comme je le professais en janvier 1885 dans la clinique que je fis sur le lupus et l'épithéliome, il faut au point de vue de l'apparition de l'épithéliome sur le lupus, distinguer deux ordres de cas :

A. — Ceux dans lesquels l'épithéliome débute au niveau d'une cicatrice ;

B. — Ceux dans lesquels l'épithéliome débute au niveau du tissu lupeux.

— Ainsi que je l'ai montré dans mes cliniques et dans la thèse de mon élève Bidault, ce premier ordre de faits est de beaucoup le plus fréquent.

Laissant de côté les cas exceptionnels où l'épithéliome se développe sur une cicatrice de lupus complètement guéri, je dois attirer l'attention de nouveau sur la grande fréquence du début de l'épithéliome au niveau d'une cicatrice de lupus en voie d'évolution.

Ce mode de début me paraît être le plus ordinaire. Mais je suis loin de nier que l'épithéliome ne puisse (plus rarement il est vrai) se développer en dehors de toute cicatrice lupeuse.

J'ai eu bien soin en 1885 et dans la thèse de mon élève M. Bidault, de répéter que si l'épithéliome me paraît se développer le plus souvent au niveau d'une cicatrice lupeuse, il peut néanmoins (moins souvent il est vrai) se développer en plein tissu lupeux, en dehors de toute cicatrice. C'est donc avec surprise que j'ai vu quelques jeunes médecins qui se sont occupés de ce sujet après moi, me prêter une opinion que je n'avais jamais émise.

Quoi qu'il en soit, remarquons que l'apparition du cancer sur des cicatrices de lupus, parfaitement guéri depuis longtemps, est chose très exceptionnelle, que presque toujours ce n'est pas sur un lupus de date récente, mais sur un lupus ancien datant de longues années, qu'apparaît l'épithéliome; que le plus souvent il débute au niveau d'un lupus présentant çà et là des cicatrices plus ou moins grandes, comme cela est de règle pour les anciens lupus; que l'apparition de l'épithéliome constitue l'une des complications les plus redoutables du lupus chez les personnes âgées.

Fait curieux, l'affection désignée sous le nom de lupus érythémateux, semble ne jamais se compliquer d'épithéliôme. Il n'en est pas de même de la variété atypique du lupus vulgaire que j'ai désignée sous le nom de lupus vulgaire érythémateïde, ainsi que je l'ai pu constater dans un cas.

L'épithéliome ne se développe ni chez les enfants ni chez les adolescents.

On l'a rencontré depuis l'âge de 23 ans (Lang) jusqu'à l'âge de 69 ans (Langenbeck).

De 20 à 40 ans, les cas sont rares. Ils deviennent plus fréquents de 40 à 50 ans, et c'est de 48 à 60 ans, l'âge du cancer, qu'on les observe le plus souvent. L'épithéliome complique surtout les lupus anciens. Toutefois on l'a vu se développer sur des lupus qui ne dataient que de quelques années ou même de quelques mois (Schütz). Cette complication paraît plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

L'épithéliome peut survenir sur un lupus, quel qu'ait été le traitement suivi antérieurement et même sur un lupus qui n'a jamais été traité (Kaposi). Cependant l'on peut se demander si les traitements irritatifs prolongés, incomplets, qui si souvent ne suffisent pas à guérir le lupus, ne prédisposent pas plus à la complication épithéliomateuse, que le traitement rapide, énergique, tel que je l'ai formulé en 1891. En règle générale, l'épithéliome qui complique le lupus est toujours unilatéral; cependant dans un cas j'ai pu observer la probabilité d'un épithéliome bilatéral compliquant un lupus vulgaire érythématoïde de la face.

C'est surtout à la face et principalement au niveau de la joue, puis au niveau du nez que débute l'épithéliome. Toutefois on a pu le voir se greffer sur le lupus des membres et sur celui du cou, comme en témoignent les observations de Lailler, de Kaposi, de Péan, etc.

Quand l'épithéliome vient se greffer sur un lupus en voie d'évolution, l'on peut distinguer deux cas :

a. Tantôt et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, le lupus est non exedens.

Ici encore il faut distinguer deux cas.

a′ — Variété non ulcéreuse.

L'on voit d'ordinaire se produire en un point de la surface lupeuse une ou plusieurs saillies, petites d'abord, mamelonnées, verruqueuses, de consistance beaucoup plus dure, plus calleuse que celle des nodules lupeux. La lésion va en s'accroissant, finit par prendre l'aspect d'une tumeur arrondie, dure, d'un rouge assez pâle, fongueuse, hémisphérique, ressemblant à un champignon, inégale et fendillée, parfois comme vernissée, pouvant même se pédiculiser légèrement.

Plus tard la tumeur peut s'ulcérer et sécréter un ichor fétide comme tous les épithéliomes ulcérés de la peau. Cette tumeur s'accroît avec une rapidité plus ou moins grande, et arrive en peu de temps à constituer une saillie considérable et à envahir les tissus voisins et sous-jacents. La tumeur épithéliomateuse est en général solitaire. Seul Volkmann en a observé deux sur le même individu. Elle peut acquérir un volume considérable.

b' — La variété ulcéreuse est beaucoup plus rare.

Elle débute d'ordinaire de la façon suivante : l'on voit se produire des lésions qui au début rappellent celles du lupus exedens, puis l'ulcération lupique change de caractère. Comme je l'ai fait remarquer dans le traité des maladies de la peau que je publie en collaboration avec E. Vidal, l'ulcération se sèche, d'indolente qu'elle était,elle devient douloureuse, la croûte s'amincit, tombe et découvre une surface saignant au moindre contact, dont les bords mollasses se modifient, s'indurent même. Dans ces bords on voit des points grisâtres formant comme des cordons perlés. L'ulcération s'étend en surface en même temps qu'elle creuse en profondeur et bientôt l'on constate son adhérence aux tissus sous-jacents.

b. — L'épithéliome paraît se développer beaucoup plus rarement sur un lupus déjà ulcéré.

Cela tient peut-être à ce que l'on saisit difficilement le moment précis où l'ulcération lupeuse devient épithéliomateuse, et à ce que l'on tend à considérer comme la phase initiale du cancroïde, l'ulcération que l'on avait constatée antérieurement et qui n'était alors en réalité qu'une phase d'ulcération du lupus (Schutz).

Quoi qu'il en soit, une fois constitué, l'épithéliome évoluera comme nous venons de le décrire plus haut. La marche de ces cancroïdes ainsi greffés sur le lupus est remarquablement plus rapide que celle des épithéliomes primitifs.

L'histologie nous rend compte d'ailleurs, ainsi que je l'ai fait observer à la page 46 de la thèse de Bidault, de cette plus grande malignité de l'épithéliome développé au milieu d'un lupus en voie d'évolution. Ce qu'il y a de remarquable, en effet, c'est que cet épithéliome n'est nulle part englobé dans le tissu fibreux ; partout au contraire il est limité par le derme infiltré, ou bien il est en rapport avec les cellules embryonnaires qui constituent le tissu lupeux. Ce n'est que dans la partie centrale, parfois, que l'épithéliome est en rapport avec le tissu fibreux. Or, comme le disent Cornil et Ranvier à la page 317 du tome 1 de leur Manuel, « les « épithéliomes les plus graves sont ceux qui possèdent un stroma entièrement « embryonnaire et ceux dans lesquels la périphérie de la tumeur offre le même « état embryonnaire du tissu conjonctif. »

Aussi la tumeur cancéreuse s'accroît-elle rapidement et si l'art n'intervient pas hâtivement, les ganglions ne tardent pas à se prendre, le cancer envahit de plus en plus les parties profondes. Dans l'espace de quelques mois, le malade finit par succomber, soit par cachexie cancéreuse, soit à la suite d'une affection intercurrente venant elle-même compliquer l'épithéliome (œdème de la glotte, bronchopneumonie, etc., etc...).

D'ailleurs, il arrive malheureusement trop souvent, que malgré une intervention précoce et large, il se produise une récidive, soit au niveau de l'épithéliome, soit au niveau des ganglions.

J'ai observé, il y a quelques années, un cas très remarquable de ce genre. Il s'agissait d'un épithéliome développé au niveau d'un lupus ancien. La tumeur cancéreuse cutanée, largement enlevée, ne récidiva pas, la plaie d'opération laissa à sa suite une cicatrice parfaite. Malheureusement quelques mois après, il se développa une énorme tumeur cancéreuse au niveau des ganglions myloïdiens, laquelle amena en quelques semaines la mort du malade.

Heureusement le pronostic opératoire n'est pas toujours aussi sérieux, comme j'ai pu le constater dans les deux cas suivants chez des malades de ma clinique en 1888 et 1890 :

Chez la nommée T..., âgée de 36 ans, atteinte d'un lupus exedens de la joue droite ayant débuté à l'âge de 10 ans, et d'un lupus tuberculeux non exedens de la joue gauche ayant débuté il y a deux ans, il s'est développé au niveau de la joue droite, le lupus étant presque entièrement cicatrisé, un champignon épithéliomateux qui ne tarda pas à prendre les proportions énormes représentées dans la *Figure* 2 de la Planche VIII.

Cette masse épithéliomateuse fut enlevée totalement en juin 1888. L'ablation de cette grosse tumeur laissa à sa suite une affreuse cicatrice ; mais depuis cette époque la malade est complètement guérie de son épithéliome et, en 1892, on ne pouvait constater la moindre récidive.

Chez la nommée R.. L...., âgée de 54 ans, une grosse masse épithéliomateuse, en champignon, développée il y a un an au niveau d'une région cicatrisée (joue gauche) d'un lupus vulgaire érythématoïde, qui ayant débuté à l'âge de 30 ans avait envahi toute la face, est enlevée totalement en octobre 1890. Depuis cette époque (1892) il n'y a pas eu de récidives au niveau de la joue opérée. Mais il faut noter que quelques mois après, en examinant au point de vue histologique un lambeau de la joue droite excisé chez cette malade, dans le but de guérir son lupus vulgaire érythématoïde, j'ai été très surpris de trouver dans quelques-unes de mes coupes pratiquées en série, une sorte de cavernule épithéliomateuse microscopique.

Cette lésion se trouve reproduite à la *Figure* 5 de la Planche XIV, et j'en parle à propos de l'anatomie pathologique du lupus. Jusqu'ici aucune trace d'épithéliome ne s'est développée au niveau de la joue droite.

L'heureux hasard qui m'a fait enlever ce foyer épithéliomateux amènera-t-il des résultats définitifs ? Je n'en sais rien, mais ce fait m'a paru devoir être signalé au point de vue de la possibilité, de ce que l'on pourrait appeler des foyers épithéliomateux latents développés au milieu d'un lupus en pleine activité.

Hebra, Volkmann, Kaposi, Lang, Winternitz, Raymond ont également observé chacun un cas de guérison sans récidive après l'opération. Il faut noter cependant avec Lang que quelques-uns de ces cas furent observés pendant trop peu de temps, pour que l'on puisse affirmer l'absence totale de récidive.

L'observation (L.... R..) nous a montré plus haut que la récidive épithéliomateuse semble pouvoir se produire parfois en un territoire tégumentaire éloigné de celui où se trouvait le premier épithéliome, par suite de l'existence simultanée antérieure d'un foyer épithéliomateux microscopique en train de se développer déjà au moment de l'opération de la masse cancéreuse, mais absolument imperceptible cliniquement à cette époque.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 312 cas de lupus, l'épithéliome compliquant le lupus s'est rencontré dans 7 cas.

Il siégeait au niveau de :

2/3 de la joue droite = 2 fois.
la région zygomatique gauche = 2 fois.
la commissure labiale = 2 fois.
la région sous-maxillaire gauche = 1 fois.

Il était développé sur un lupus non exedens *cicatrisé* en partie à infiltration diffuse (Lupus des vieillards) datant de 20 ans = 2 fois.

Sur un lupus vulgaire érythématoïde cicatrisé datant de 20 ans = 1 fois.

Sur un lupus vulgaire érythématoïde cicatrisé datant de 25 ans = 1 fois.

Sur un Lupus demi-scléreux datant de 21 ans et de 23 ans = 1 fois.

Sur un lupus tuberculo-croûteux cicatrisé en partie datant de 25 ans environ = 2 fois.

L'épithéliome était ulcéré

Dans = 4 cas.

non ulcéré

Dans = 3 cas.

Dans ces 7 cas :

L'épithéliome a amené la mort du malade dans 5 cas.

1 cas est guéri, pas de récidive depuis le 6 août 1888.

1 autre est guéri, pas de récidive depuis le 8 décembre 1890.

II. — Complications générales.

A. — Complications générales dues à l'envahissement de l'économie par le virus tuberculeux.

Il y a longtemps que la fréquence de la phthisie chez les scrofulo-tuberculeux, et en particulier chez les lupeux avait été signalée; mais c'est à E. Besnier que revient l'honneur d'avoir surtout attiré l'attention sur la phthisie tuberculeuse chez les lupeux et d'en avoir déduit des données importantes au point de vue de l'étiologie de cette affection.

E. Vidal et son élève Brocq combattirent l'opinion de Besnier, en disant que la phthisie observée chez les lupeux ne devait pas être considérée comme secondaire à leur lupus, mais comme provenant des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les malades des hôpitaux; ils firent observer que chez les lupeux de leur clientèle privée, en particulier de celle de Vidal, ils n'avaient pas encore observé de tuberculeux avérés.

Mais les recherches cliniques de Besnier sur la fréquence de la phthisie chez les lupeux furent confirmées par Lailler, Neisser, Quinquaud, par Neumann, par Haslund, par Leloir, par Max Bender, élève de Doutrelepont, par Aubert et surtout par Renouard, élève de Besnier.

Je ne saurais trop conseiller de lire dans la thèse de Renouard, depuis la page 138 jusqu'à la page 164, le très important et très éloquent chapitre que cet excellent élève de Besnier a consacré à l'étude de la phthisie pulmonaire chez les lupeux.

Sur 137 cas de lupus, Renouard a trouvé 15 cas de tuberculose pulmonaire. Mes statistiques et celles du P[r] Haslund, (de Copenhague), sont encore bien plus frappantes que celles de nos confrères parisiens. Ces statistiques plus élevées dépendent sans doute, comme l'a justement remarqué Haslund, de la plus grande facilité que nous avons eue à suivre nos lupeux jusqu'au bout dans des cités à population moins considérable que Paris et à une assiduité plus grande de nos malades. Haslund (de Copenhague), a constaté une proportion de 60 0/0 de tuberculeux chez les malades de sa clinique.

Voici quels sont les résultats de mes recherches statistiques sur ce sujet :

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée, depuis 1884, je trouve que 98 lupeux sur 312 présentaient des signes de tuberculose pulmonaire, ce qui fait une proportion de environ 3 sur 10.

Ainsi donc il est certain qu'un grand nombre de lupiques sont tôt ou tard atteints de tuberculose viscérale. Mais d'autre part, si l'on cherche à établir, d'après les différents auteurs, la proportion numérique des lupeux atteints de

tuberculose pulmonaire, l'on constate que cette proportion est très variable suivant les auteurs.

Il faut noter cependant que d'ordinaire les lupeux ne deviennent tuberculeux que très lentement et d'une manière latente. Ce sont donc les statistiques basées sur les observations les plus longues, les plus continues et les plus précises qui pourront nous donner les renseignements les plus complets sur ce sujet.

Comme l'ont d'ailleurs fait remarquer E. Vidal, Brocq, Dubois-Havenith, les lupeux qui sont devenus phthisiques le sont-ils devenus parce qu'ils étaient lupeux? Qu'est-ce qui nous autorise à voir dans tous les cas une relation de cause à effet entre le lupus et la tuberculose viscérale?

Les recherches faites dans la série héréditaire ascendante de mes malades morts de tuberculose pulmonaire ont démontré que la plupart d'entre eux étaient de souche tuberculeuse ou avaient vécu dans un milieu tuberculisé, et que par conséquent, comme je l'ai souvent fait remarquer dans mes cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur, ils étaient prédisposés à la phthisie pulmonaire au même titre et peut-être même davantage qu'au lupus ou à toute autre tuberculose locale. La peau n'est-elle pas en somme un terrain de culture relativement défavorable pour le virus tuberculeux, surtout si on la compare au terrain pulmonaire?

Cependant il est indéniable que les lupeux étant des malades atteints de tuberculose locale sont continuellement sous l'imminence d'une infection générale.

Comme le fait remarquer Dubois-Havenith dans son judicieux mémoire « il « est impossible que les résultats publiés récemment par Leloir, s'ils n'entraînent « pas la conviction, ne troublent profondément les incrédules.

« En présence de la constatation du bacille dans les ganglions correspondant « au lupus et des inoculations positives réalisées au moyen de fragments de ces « mêmes ganglions, n'est-on pas en droit de conclure à l'absorption réelle de « l'agent infectieux par les voies lymphatiques et à son transport par ces mêmes « voies jusqu'aux ganglions d'abord et ensuite, cette barrière franchie, jusqu'aux « organes profonds? »

En somme, dans la plupart des cas, l'on ne peut démontrer d'une façon absolue l'origine lupique de la phthisie survenant chez les lupeux.

Dans certaines observations cependant, comme dans celle que j'ai publiée en 1886, dans les *Annales de Dermatologie* (voir page 179) cette origine lupique est indéniable. L'on y voit de la façon la plus nette un foyer lupique de la main, devenir l'origine de lymphangites tuberculeuses avec production de gommes scrofulo-tuberculeuses développées le long du trajet des lymphatiques atteints et déterminer finalement, sous l'influence de l'absorption du virus tuberculeux par les lymphatiques du membre supérieur, une tuberculose pulmonaire du côté correspondant au membre atteint.

Mais le plus souvent, on doit toujours se demander, comme pour la plupart, des scrofulo-tuberculoses locales d'ailleurs, si la phthisie pulmonaire est secondaire à la tuberculose locale, ou si, au contraire, le poumon n'a pas été inoculé indépendamment de celle-ci.

Quant à la symptomatologie de la phthisie des lupeux, c'est celle de la phthisie en général. Notons cependant, comme l'ont bien remarqué Besnier, Renouard et Quinquaud, qu'elle évolue d'une façon lente et latente.

Très fréquemment larvée pendant un temps plus ou moins long, elle peut aboutir aux trois formes suivantes bien étudiées par Renouard dans son excellente thèse :

La forme aiguë,
La forme paroxystique,
La forme chronique.

Dans des cas plus rares, l'infection tuberculeuse des lupeux peut se manifester sous forme de tuberculisation aiguë de la cavité abdominale, comme dans un cas de Thibierge relaté par Renouard ; de tuberculose méningée, comme Heiberg, Doutrelepont, Leloir, etc., en ont relaté plusieurs observations.

La tuberculose généralisée miliaire aiguë peut, dans certains cas, mettre un terme à l'existence des lupeux. Ainsi que Demme, Bœck etc., j'en ai observé quatre cas. Reste à savoir dans quelle proportion cette tuberculose miliaire aiguë doit être considérée comme étant secondaire au lupus. Cela n'est guère facile.

Il nous faut, pour terminer, dire quelques mots des phénomènes d'infection générale survenant dans le cours du lupus vulgaire et paraissant déterminés par la résorption de produits toxiques d'origine microbienne développés au niveau ou dans le voisinage de cette affection.

Sur mon conseil, mon élève et ami M. le D[r] Lespinne a étudié ce sujet en 1891, au Congrès international de la tuberculose dans un travail remarquable dont voici le résumé :

Le mémoire suivant a pour but l'étude d'une complication générale pouvant survenir dans le cours de l'évolution du lupus vulgaire, complication encore mal connue et non décrite que je sache.

« Alors que le lupus est en évolution, notamment dans la variété exedens, on voit apparaître parfois tout à coup un ensemble de phénomènes pathologiques généraux qui pourrait faire croire à l'irruption d'une affection nouvelle.

Il se produit, tout à coup, une ascension rapide de la température, de telle sorte que celle-ci peut atteindre en quelques jours jusqu'à 40° 4 comme dans un exemple que je citerai plus loin.

En même temps le malade tombe dans un état général de prostration, un état pseudo-typhique qui pourrait faire croire à l'éclosion d'une fièvre typhoïde. Du côté des muqueuses, état saburral, embarras gastrique et même diarrhée.

Au poumon, divers symptômes catarrhaux très appréciables au stéthoscope pourraient faire songer au début d'une tuberculose miliaire aiguë de cet organe.

Dans un cas, ces phénomènes généraux s'accompagnaient de manifestations du côté des séreuses, et le malade fut atteint d'endocardite avec souffle.

Tous ces phénomènes font leur apparition presque simultanément, et l'on est très surpris de trouver un malade, qui bien portant la veille, est abattu le lendemain par tous les symptômes que je viens d'énumérer. Si l'on examine alors l'ulcération du lupus, on voit qu'il se produit en même temps des phénomènes locaux.

Si le lupus exedens est en voie de cicatrisation, la guérison est enrayée. L'ulcération s'entoure de phlycténules soulevant l'épiderme qui l'entoure, le clivant; la suppuration se montre bientôt, l'ulcère augmente en superficie.

Le lupus peut être déjà cicatrisé : on voit dans ce cas l'ulcération reparaître dans la cicatrice sous l'apparence d'abord de petites phlycténules ou pustulettes, confluant bientôt, puis s'étendant rapidement d'une façon excentrique en tache d'huile et couvrant toute la cicatrice ; le lupus est rouvert chaque jour : si on n'intervient pas, l'ulcération augmente en étendue.

Dans le lupus non ouvert, tout se passe probablement dans la profondeur du lupôme ou dans ses prolongements sans que la lésion tuberculeuse subisse de changement appréciable à la vue, sauf parfois un peu de rougeur, de congestion, comme cela s'observe dans certains cas après l'injection de la tuberculine de Koch.

Que l'on intervienne alors d'une façon locale au moyen de parasiticides énergiques et en particulier au moyen des antiseptiques, l'état local s'améliore en même temps que l'état général d'intoxication se dissipe. Cette amélioration, ce retour à la guérison se font avec une grande rapidité.

Seuls parfois des phénomènes comme ceux de l'endocardite, ayant probablement déterminé des lésions d'ordre organique, témoignent de ce qui s'est passé.

Toutefois, après la disparition des phénomènes fébriles dus à l'intoxication, le malade présente d'ordinaire les signes d'une anémie très prononcée et de durée plus ou moins longue comme après l'injection de la tuberculine de Koch.

Tels étaient les faits que nous avait fait observer dans son service M. le professeur Leloir et qu'il considère comme des phénomènes infectieux dus à la résorption de toxines microbiennes sécrétées au niveau du lupus.

La thérapeutique instituée en conséquence (traitement antiseptique et antisuppuratif de la plaie) vint donner un nouvel appoint à cette hypothèse en amenant en peu de jours la guérison locale et générale du malade.

Bientôt la lymphe de Koch fut expérimentée partout. Les phénomènes de réaction générale, comme l'observa dans plusieurs services hospitaliers M. Leloir, se rapprochaient de ceux qu'il avait notés.

Après l'injection de tuberculine de Koch, l'on observait, comme dans les cas précités, une ascension thermique intense, un état général se compliquant souvent de phénomènes catarrhaux du côté des muqueuses et parfois des symptômes spéciaux du côté des séreuses : l'endocardite, par exemple, comme M. Leloir l'observa chez un malade injecté dans le service de M. Hallopeau, et ce dernier eut ensuite une anémie grave et plus ou moins persistante après la disparition des accidents fébriles.

Enfin il y a quelque temps parut une leçon de M. Landouzy intitulée « Fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde. Typho-bacillose ».

Dans cette leçon, l'auteur décrit un état général spécial simulant la dothiénentérie et ne pouvant s'en distinguer que par certaines nuances symptomatologiques telles que l'absence de taches rosées, la courbe thermique typique dans la fièvre typhoïde, à oscillations plus considérables dans la typho-bacillose et assez irrégulières d'un jour à l'autre ou d'une semaine à l'autre.

Cet état général, d'après Landouzy, est produit par l'infection de l'organisme par des produits de sécrétion bacillaire du bacille de Koch. N'était-ce pas un état analogue que M. le professeur Leloir nous avait fait observer chez ses lupeux ?

L'état d'infection générale était-il uniquement l'effet de la résorption de produits microbiens quelconques et en particulier de ceux des agents de la suppuration? Ou bien ces toxines provenaient-elles uniquement des agents spécifiques de la tuberculose tégumentaire, le bacille de Koch, toxines sécrétées soit au niveau de l'ulcération, soit dans les prolongements que le lupôme envoie profondément dans les tissus ?

Enfin, l'intoxication était-elle produite par la résorption simultanée des sécrétions des agents

de la suppuration et de celles du bacille de Koch ? Telles étaient les hypothèses qu'émit M. le professeur Leloir dans cette leçon qu'il conclut de la façon suivante :

A. — Il peut se produire dans le cours de l'évolution du lupus une complication générale spéciale d'origine infectieuse, effet de la résorption de toxines d'origine microbienne sécrétées au niveau du foyer scrofulo-tuberculeux, soit par le bacille de Koch, soit par les microbes de la suppuration. Elle présente de grandes analogies avec la réaction générale qui se produit après l'injection de tuberculine de Koch.

B. — Cette intoxication peut se manifester par l'ascension brusque de la température avec état typhique, phénomènes catarrhaux du côté des muqueuses et même du côté des séreuses.

Cet état, dans les cas intenses, peut simuler le début d'une dothiénentérie ou d'une granulie miliaire aiguë. Dans les cas moins prononcés, il rappelle une fièvre muqueuse légère, un embarras gastrique fébrile.

C. — Sitôt l'élimination de ces produits infectieux effectuée, la température revient à la normale; les phénomènes catarrhaux disparaissent. S'il s'est produit des lésions des séreuses ou d'autres lésions organiques, ces dernières peuvent persister, témoignant ainsi de ce qui s'est passé.

Mais après la disparition des phénomènes fébriles dus à l'intoxication générale, le malade présente d'ordinaire les signes d'une anémie très prononcée et de durée plus ou moins longue, comme après l'injection de la tuberculine de Koch.

D. — Rien ne prouve que ces accidents soient suivis de tuberculisations effectives des viscères dans tous les cas.

On peut voir, en effet, dans les cas les plus favorables, tous les symptômes s'amender peu à peu et disparaître complètement sans laisser aucune trace, et le malade guéri jouir dorénavant d'un état de santé parfaite.

Il peut se faire que la complication complètement guérie, quelque lésion organique produite par elle persiste pour toujours.

Enfin cette complication, due uniquement peut-être au bacille de Koch, peut devenir le signal de la période d'invasion de tout l'organisme par un agent n'ayant fait jusque-là que des ravages à la peau (tuberculose générale faisant suite à une tuberculose locale).

On trouvera plus loin l'observation d'un cas où cette fièvre infecticuse coïncida avec le début d'une tuberculose pulmonaire et péritonéo-intestinale qui détermina la mort du sujet.

Il faut donc être réservé pour le pronostic *quo ad futurum*. »

On trouvera dans l'important mémoire du D[r] Lespinne l'étude détaillée de ces phénomènes d'intoxication, la relation d'observations très démonstratives sur ce sujet. Je ne saurais trop conseiller de lire cet excellent travail.

B. — *Complications générales ne dépendant ni directement ni spécifiquement de l'action du virus scrofulo-tuberculeux (accidents généraux para-lupeux).*

Ces complications qui sont loin d'être fréquentes et qui varient beaucoup suivant le sujet, l'intensité du lupus, sa durée, ses complications, etc., sont l'anémie et parfois la chlorose chez les jeunes filles, l'albuminurie, le marasme, voire même le suicide dont j'ai eu connaissance de deux cas, si toutefois les renseignements qui m'ont été donnés étaient exacts.

Notons en terminant que la grossesse vient dans certains cas aggraver le lupus et que l'on voit parfois sous l'influence d'excès alcooliques se produire au niveau du lupus un état congestif, ainsi que je l'ai pu observer entre autres chez un infirmier, qui, chaque fois qu'il sortait et s'enivrait, voyait fleurir son lupus, comme il le disait lui-même.

Quant à la syphilis, je n'ai pas constaté qu'elle évoluât chez les lupeux d'une façon particulière, cependant elle constitue toujours une complication sérieuse, d'autant plus que les lupeux supportent souvent mal l'iodure de potassium et le mercure.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée, depuis 1884, j'ai observé, sur 312 cas, les complications suivantes ainsi qu'on pourra le voir dans les tableaux sous-jacents :

I Complications locales ou de voisinage	*A* Dues à l'infection spécifique par le virus scrofulo-tuberculeux	Altérations du système lymphatique, (radicules, vaisseaux, ganglions)	OEdèmes.	Demi-dur	de la lèvre supérieure	= 21 fois.
					de la joue	= 12 fois.
					des membres infér^s	= 6 fois.
				dur éléphantiasique	des membres infér^s	= 7 fois.
			Lymphangites	de la face		= 6 fois.
				des membres	supérieurs	= 0 fois.
					inférieurs	= 8 fois.
			Adénopathies	préauriculaire	droite	= 6 fois.
					gauche	= 5 fois.
				myloïdienne		= 15 fois.
				sus-hyoïdienne		= 5 fois.
				sous maxillaire	droite	= 59 fois.
					gauche	= 62 fois.
				cervicale moyenne	droite	= 21 fois.
					gauche	= 23 fois.
				sterno-mastoïdienne	droite	= 9 fois.
					gauche	= 20 fois.
				sus-claviculaire	gauche	= 12 fois.
					droite	= 2 fois.
				sus-épitrochléenne	droite	= 3 fois.
					gauche	= 1 fois.
				axillaire	droite	= 9 fois.
					gauche	= 3 fois.
				inguinale	droite	= 10 fois.
					gauche	= 5 fois.
				poplitée	droite	= 0 fois.
					gauche	= 0 fois.

I

COMPLICATIONS LOCALES OU DE VOISINAGE

A

Dues à l'infection spécifique du virus scrofulo-tuberculeux

Gommes scrofulo-tuberculeuses	Cicatrisées				= 66 fois.
	En voie d'évolution	Dermiques			= 42 fois.
		Hypodermiques			= 48 fois.
		Ganglionnaires			= 24 fois.
Synovites	En voie d'évolution	de l'avant bras	droit		= 3 fois.
			gauche		= 1 fois.
		de la main	droite face	dorsale	= 3 fois.
				palmaire	= 0 fois.
			gauche face	dorsale	= 1 fois.
				palmaire	= 0 fois.
		de la jambe face antérieure			= 3 fois.
		du pied face dorsale			= 0 fois.
	Cicatrisées				= 0 fois.
Articulations (Tumeurs blanches)	En voie d'évolution	Membre supérieur	gauche	épaule	= 0 fois.
				Coude	= 0 fois.
				poignet	= 1 fois.
				articul. des doigts	= 2 fois.
			droit	épaule	= 0 fois.
				coude	= 0 fois.
				poignet	= 2 fois.
				artic. des doigts	= 2 fois.
		Membre inférieur	gauche	hanche	= 0 fois.
				genou	= 2 fois.
				artic. tibio-tarsienne	= 3 fois.
				artic. méta-tarso-phalangienne	= 1 fois.
				art. orteils	= 0 fois.
			droit	hanche	= 0 fois.
				genou	= 0 fois.
				artic. tibio-	= 0 fois.
				tarsienne-	= 1 fois.
				artic. méta-tarso-phalangienne	= 1 fois.
				art. orteils	= 0 fois.
		Des vertèbres			= 4 fois.
	Cicatrisées				= 6 fois.
Lésions osseuses	(Ostéites)	En voie d'évolution			= 4 fois.
		Cicatrisées			= 6 fois.

- **I — Complications locales ou de voisinage**
  - *B* — Ne ressortissant pas directement au virus scrofulo-tuberculeux (accidents locaux ou de voisinage paralupeux)
    - 1° Érysipèle vrai . . . . = 25 fois.
    - 2° Action des agents de la suppuration
      - Anthrax . . . . = 3 fois.
      - Furoncle . . . . = 6 fois.
      - Ecthyma . . . . = 15 fois.
      - Ulcérations des plaies . . . . = 12 fois.
    - 3° État ichthyosiforme au niveau du lupus . . . . = 9 fois.
    - 4° Au niveau de la cicatrice du lupus
      - Récidives
        - Une . . . . = 96 fois.
        - Deux . . . . = 54 fois.
        - Trois . . . . = 15 fois.
        - Quatre . . . . = 6 fois.
        - Cinq . . . . = 3 fois.
      - Déchirures de la cicatrice
        - Avec ulcération . . . . . = 12 fois.
        - Sans ulcération . . . . . = 9 fois.
      - Chéloïdes
        - Non vasculaires . . . . = 10 fois.
        - Vasculaires . . . . = 9 fois.
      - Poussée eczémateuse . . . . = 17 fois.
      - Impetigo . . . . = 6 fois.
      - Milium . . . . = 21 fois.
    - 5° Lupus et épithéliome . . . . = 7 fois.
- **II — Complications générales**
  - *A* — Secondaires à l'envahissement de l'économie par le virus scrofulo-tuberculeux.
    - Tuberculose viscérale.
      - pulmonaire . . . . . = 98 fois.
      - péritonéale . . . . . = 0 fois.
      - Méningée . . . . . . = 2 fois.
      - Tuberculisation aiguë . . . . = 4 fois.
      - Phénomènes d'intoxication par sécrétion microbienne . = 13 fois.
  - *B* — Ne ressortissant pas directement du virus scrofulo-tuberculeux (Phénomènes généraux paralupeux).
    - Anémie.
    - Marasme.
    - Cachexie.
    - Suicide, etc.

Hybride syphilitico-lupômateux.

J'ai présenté en 1891 au Congrès international de la tuberculose un fait que je crois unique et qui semble démontrer l'existence possible des hybrides syphilitico-lupômateux. Voici le résumé de ce travail :

Existe-t-il du côté de la peau des hybrides scrofulo-tuberculeux et syphilitiques?

La scrofulo-tuberculose cutanée dans sa variété désignée sous le nom de lupus vulgaire peut elle se combiner avec la syphilis?

L'existence de pareils hybrides n'était pas démontrée lorsque vint, en 1890, me consulter une malade que je pus étudier minutieusement, tant au point de vue clinique et thérapeutique qu'au point de vue histologique, bactériologique et expérimental. Cela me permit dans une clinique que je fis en 1890, à l'hôpital Saint-Sauveur, de démontrer l'existence des hybrides lupômateux et syphilômateux. Voici l'histoire de cette malade :

La malade est âgée de 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de phthisie pulmonaire; elle a trois sœurs, toutes trois toussent, et l'une d'elles qui tousse beaucoup s'amaigrit progressivement; toutes sont comme elle entachées de lymphatisme.

Donc, d'une façon manifeste, tuberculose comme apanage héréditaire.

Antécédents personnels. — Occupons-nous d'abord de la tuberculose.

Nous trouvons,sur sa jambe gauche, une cicatrice adhérente, irrégulière et gaufrée, vestige d'une ostéite tuberculeuse du tibia, survenue à l'âge de 8 ans.

Il y a deux ans apparut derrière la région supérieure du sterno-cléïdo-mastoïdien à droite, une tumeur qui bientôt augmenta de volume, se ramollit, présenta des trajets fistuleux, suppura, pour laisser ensuite une cicatrice, qui présente encore un trajet fistuleux (scrofulo-tuberculose ganglionnaire). Bientôt après survint à la région inférieure du cou à droite près de la clavicule, une gomme scrofulo-tuberculeuse, qui se ramollit et aboutit à la formation d'une fistule en partie couverte d'une croûte ostracée. En outre cette malade est un beau type de tempérament lymphatique si apte à contracter la tuberculose : cyanose et hyperidrose des extrémités; chairs molles et flasques, lèvre supérieure hypertrophiée, séborrhée de la face; acné du dos.

Passons maintenant à l'étude de l'autre diathèse, de la syphilis :

Cette femme est douée d'un intellect inférieur à la moyenne. Cette pauvreté de développement cérébral est sans doute la cause qui la fait se livrer à un premier amant déjà dès l'âge de dix ans. Bientôt après elle se prostitua sous les ponts, et à 24 ans, elle fut atteinte d'un chancre

infectant caractéristique bientôt suivi d'accidents secondaires; elle fut alors soignée par le Dr Castelain.

Dans la suite les accidents allèrent s'atténuant, paraît-il ; les renseignements qu'elle a pu nous donner sur cette époque sont très restreints.

En résumé, nous trouvons déjà dans les antécédents : la tuberculose héréditaire, la scrofulo-tuberculose personnelle, la syphilis acquise.

En juillet 1890, elle entre dans mon service, elle présentait alors les lésions suivantes : ces lésions situées à la région latérale droite du cou étaient constituées par de grosses saillies papulo-tuberculeuses du volume d'une demi-noisette, très surélevées, rouges cuivrées et dures. (Voir *Figure* 24, page 214).



Fig. 24.

Cette figure représente l'aspect qu'offrait la malade atteinte d'hybride syphilitico-lupômateux au moment de son entrée dans le service avant tout traitement.

Plusieurs d'entre elles présentaient une disposition nettement circinée.

L'aspect particulier de ces lésions, les antécédents de la malade, me firent poser le diagnostic : syphilides tuberculeuses hypertrophiques de la région latérale droite du cou.

En conséquence j'instituai un traitement spécifique énergique (K-I à l'intérieur et injections sous cutanées de sels mercuriels solubles.)

Au début, les lésions résistèrent extraordinairement, je fis alors interrompre le traitement pour le faire reprendre de nouveau avec une nouvelle énergie. Nous vîmes alors les tubercules s'affaisser, se réduire de moitié, perdre leur couleur rouge cuivré, leur dureté, etc. ; en un mot changer complètement d'aspect. Bien plus, quatre de ces grosses lésions papulo-tuberculeuses disparurent complètement.

Fait important, la malade présentait encore un trajet fistuleux, dernier vestige de la gomme (scrofulo-tuberculeuse) dont elle avait été atteinte au niveau de la région sterno-mastoïdienne supérieure. Mais il est possible que cette lésion ne fût pas pure et fût au contraire entachée de syphilis, car le traitement antisyphilitique eut une heureuse influence sur son évolution.

Je pus parfaire d'ailleurs la guérison par ma méthode ordinaire du traitement des scrofulo-tuberculoses (thermo-cautère, râclage, injections parasiticides, etc.)

Revenons à l'hybride.

Le traitement spécifique était donc venu confirmer mon diagnostic (syphilides tuberculeuses hypertrophiques), une partie des lésions avait complètement disparu.

Pour les autres, la thérapeutique les avait réduites de moitié.

Mais au bout d'un certain temps, tous nos efforts, tous nos spécifiques devenaient inutiles, nous avions beau continuer à donner du mercure et de l'iodure de potassium, nous étions échec et mat et les lésions restaient stationnaires.

Je soupçonnais en premier lieu la possibilité d'une accoutumance et en conséquence j'eus recours au traitement interrompu; les lésions ne furent pas d'avantage influencées, je dus avouer que le traitement ne mordait plus.

A partir de ce moment voici qu'un changement complet se produisit. Il semblait que nous avions enlevé quelque chose, et que ce quelque chose disparu, ce qui restait se mettait à évoluer d'une façon spéciale avec un aspect particulier que nous n'avions pas encore vu jusqu'ici.

Les lésions au début étaient dures, d'un rouge cuivre violacé. Après le traitement, l'aspect dur, rouge cuivre violacé disparaît d'une part.

D'autre part les tubercules prennent une coloration sucre d'orge, demi-transparente. Entre les doigts ils ont une consistance gélatiniforme; le scarificateur qu'on y enfonce y pénètre comme dans une gelée. Au milieu de ces tubercules l'on peut constater des corpuscules de milium et de grutum.

En un mot l'affection s'était complètement transformée en des lésions absolument identiques à celles des gros tubercules lupeux. Sous cet aspect l'éruption rappelait tout à fait le lupus myxômateux hypertrophique tel que je l'ai décrit en 1888 au Congrès de la tuberculose.

Je pose dès lors pour ces nouvelles lésions, vestiges des premières en partie disparues le diagnostic de lupus myxômateux.

Recherches histologiques, batériologiques et expérimentales.

Le diagnostic est d'ailleurs pleinement vérifié par l'examen histologique et par l'inoculation expérimentale, car leur étude renferme des particularités nouvelles et intéressantes permettant de faire présumer histologiquement et expérimentalement la nature hybride (scrofulo-tuberculeuse et syphilitique) de ces lésions.

A. — Avant l'action du traitement antisyphilitique

Une première biopsie a été pratiquée en août 1890 pendant l'installation du traitement antisyphilitique, avant que les tubercules se fussent réduits sous l'influence du traitement. (Voir *Figure* 25, page 216.)

Ce qui frappe tout d'abord, lorsqu'on examine une coupe colorée au picro-carmin à un grossissement faible ou moyen, c'est que la coupe présente des lésions histologiques rappelant à la fois celles de la variété atypique du lupus vulgaire que j'ai décrite en 1888 sous le nom de lupus myxômateux et celles de l'infiltration plus ou moins diffuse de la peau par un granulôme, un syphilôme en particulier.

Il serait difficile devant ces coupes de dire si l'on se trouve en présence d'un lupus ou d'une gomme syphilitique. Cependant l'existence en quelques points de cellules géantes isolées ou groupées, enfin et surtout la présence de bacilles tuberculeux au centre et au voisinage immédiat de ces cellules géantes permettent d'affirmer que en ce qui concerne certains îlots tout au moins, le tissu pathologique est de nature scrofulo-tuberculeuse.

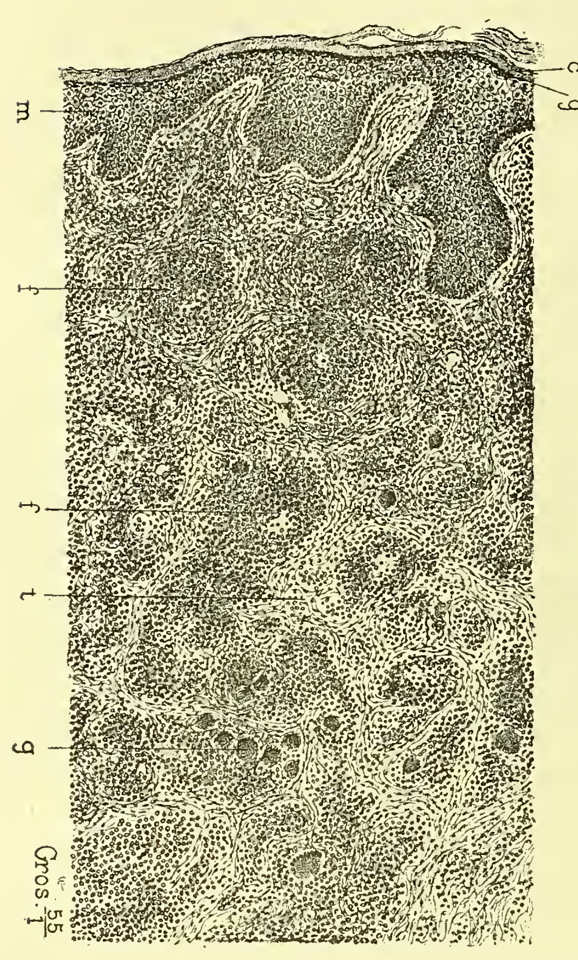


Fig. 25.

Cette figure représente une coupe de l'hybride syphilitico-lupômateux examiné histologiquement avant l'institution du traitement antisyphilitique.
c. — Épiderme corné.
g. — Couche granuleuse.
m. — Corps de Malpighi.
f. — Follicules lupeux.
q. — Infiltration peut-être syphilômateuse englobant les follicules lupeux.

D'autre part, la présence d'artérioles à parois épaissies, sclérosées, en quelques points du derme et de l'hypoderme, constitue un caractère histologique qui s'observe plutôt dans la syphilis que dans la scrofulo-tuberculose. Fait majeur, une inoculation pratiquée à cette époque d'après la technique que j'ai indiquée a été négative.

L'inoculation ayant été bien faite et d'autre part la présence de bacilles tuberculeux, très rares d'ailleurs, permettant d'affirmer qu'une partie du néoplasme tout au moins était de nature scrofulo-tuberculeuse, l'on pourrait peut-être émettre l'hypothèse que, si l'inoculation a été négative, c'est que l'on a inoculé une parcelle du néoplasme ressortissant non pas à la scrofulo-tuberculose, mais, à autre chose, c'est-à-dire à la syphilis.

B. — Après l'action du traitement antisyphilitique.

Ce qui vient jeter un grand jour sur la nature hybride particulière de cette affection, c'est l'examen histologique et l'inoculation expérimentale qui ont été de nouveau pratiqués quelques mois après, alors que sous l'influence du traitement antisyphilitique, les tubercules s'étaient réduits de moitié, avaient changé complètement d'aspect, que quatre d'entre eux avaient entièrement disparu.

L'examen histologique pratiqué alors sur un de ces tubercules réduits, en employant la même technique que précédemment, permet de constater un changement d'aspect assez notable dans la structure du néoplasme.

Celui-ci se trouve constitué par des ilôts de cellules embryonnaires renfermant ou non à leur centre une ou plusieurs cellules géantes et présentant tous les caractères du tissu lupeux.

Çà et là l'on trouve quelques rares bacilles de la tuberculose au niveau ou

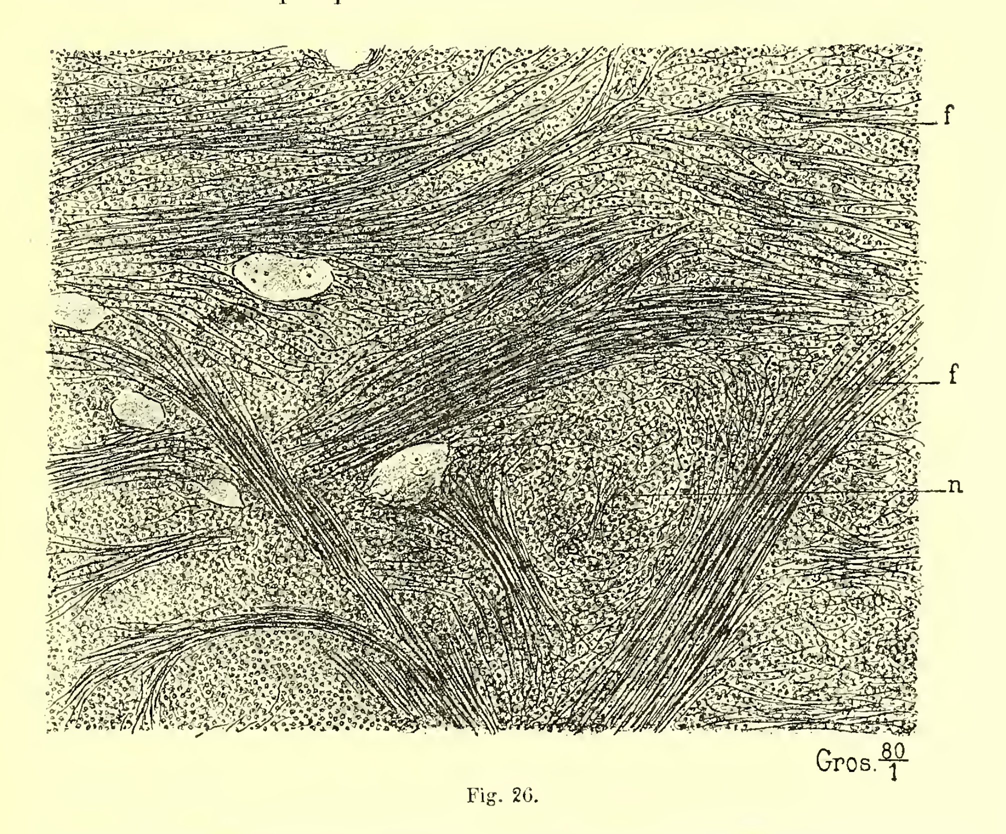


Fig. 26.

Cette figure représente une coupe de l'hybride examiné à un faible grossissement après l'action du traitement antisyphilitique.
f. — Faiseaux de tissu fibreux consécutif à la transformation du syphilôme.
n. — Tissu lupômateux englobé au milieu de ces faisceaux.

dans le voisinage de ces cellules géantes, mais en outre l'attention est immédiatement attirée par ce fait que les îlots de tissu lupeux sont en quelque sorte englobés comme dans un réseau, par un tissu fibreux de sclérose disposé en bandes plus ou moins larges.

La disposition de ce tissu fibreux ne rappelle guère celle que l'on observe dans le lupus scléreux ou le lupus sclérosé. Ce n'est pas en effet sous forme de bandes fibreuses pénétrant le nodule que se trouve disposé le tissu fibreux, mais sous forme d'alvéoles entourant et englobant les cellules embryonnaires et rappelant la structure alvéolaire de certains carcinomes. (Voir *Figure* 26, page 217.)

Cependant en quelques endroits, il part de ces bandes fibreuses des tractus

plus minces, venant à leur tour pénétrer dans le tissu lupeux qu'ils dissocient plus ou moins. En ces points (et le fait est surtout remarquable sur les préparations colorées à l'acide osmique), le tissu fibreux se présente parfois sous l'aspect d'aigrettes ou de réseaux ténus, entre les mailles desquels se trouvent les cellules embryonnaires du lupôme. Ces aigrettes de tissu fibreux rappellent des centres de cristallisation en houppes, envahissant peu à peu une masse liquide qui serait constituée par les éléments du lupôme.

A un fort grossissement, l'on constate en outre par places, que ce réticulum fibreux devenu plus délicat, englobe même les cellules embryonnaires prises individuellement. Ce mélange de tissu fibreux et de tissu lupômateux est également très net et très remarquable dans les préparations colorées d'après la méthode d'Ehrlich. (Voir *Figure* 27, page 218.)

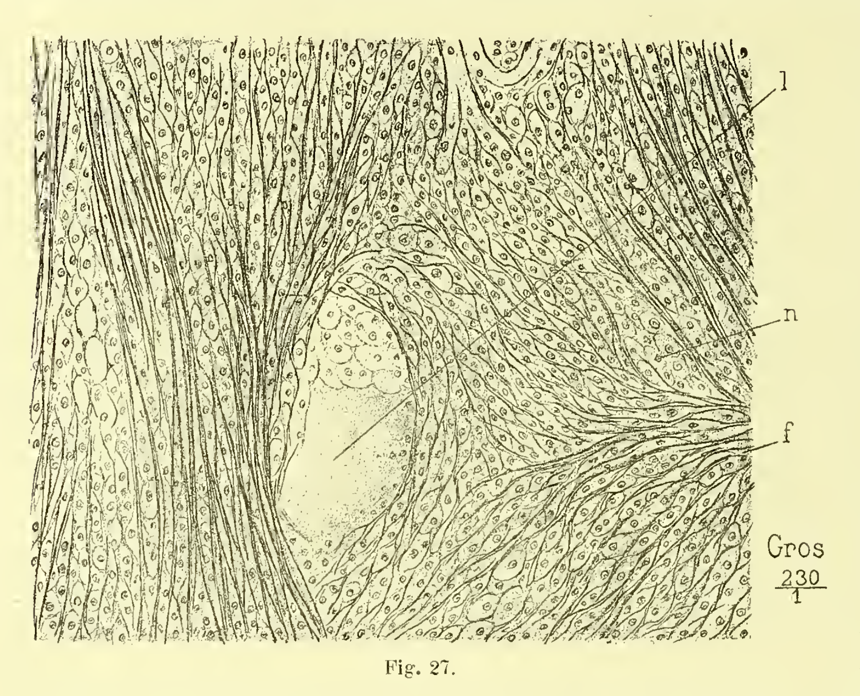


Fig. 27.

Cette figure représente un point de la préparation de la figure 26, c'est-à-dire de l'hybride après l'action du traitement antisyphilitique, examiné à un fort grossissement.
f. — Aigrettes fibreuses dissociant l'infiltrat lupeux.
n. — Cellules de l'infiltrat lupeux.
l. — Vaisseaux lymphatiques dilatés et enflammés.

Un petit morceau de l'un de ces tubercules, ainsi réduits et ainsi métamorphosés sous l'influence du traitement spécifique interne, est inoculé d'après ma méthode à un cobaye.

Ce cobaye est devenu manifestement tuberculeux au bout de six semaines. Les viscères tuberculeux de ce cobaye inoculés à un autre cobaye ont été le point de départ d'une série de tuberculoses par inoculations.

En résumé :

Les examens histologiques et les inoculations expérimentales précédentes sont, comme on le voit, d'une grande importance au point de vue de la compréhension de la nature des lésions et des phénomènes observés à leur niveau sous l'influence du traitement antisyphilitique interne.

Un tubercule examiné histologiquement, avant que le traitement antisyphilitique l'ait réduit et modifié dans son aspect, présente les caractères d'une infiltration granulômateuse de nature mal déterminée, mais dont les lésions artérielles et dont l'apparence cliniquepermettent de soupçonner la nature syphilitique.

Une parcelle de ce tubercule est inoculée. L'inoculation est négative, peut-être parce qu'on a inoculé ce qui dans le néoplasme ressortissait non pas à la scrofulo-tuberculose mais à la syphilis.

Quelques mois après, lorsque sous l'influence du traitement antisyphilitique interne les tubercules se sont réduits de moitié, ont changé complètement d'aspect, que quelques-uns d'entre eux même ont entièrement disparu, l'on pratique un nouvel examen histologique et une nouvelle inoculation.

L'examen histologique démontre que le tissu lupeux a persisté. Il démontre en outre, fait majeur, que le tissu de granulôme a été remplacé par un tissu fibreux sclérosé à aspect et à disposition particuliers.

Il semble réellement que sous l'influence de ce traitement antisyphilitique interne, quelque chose ait disparu pour être remplacé par du tissu de cicatrice, mais que ce qui ne pouvait pas être modifié par ledit traitement antisyphilitique, le tissu scrofulo-tuberculeux, ait persisté.

S'il en était ainsi, l'on pourrait dire que l'examen histologique nous montre que, dans le cas actuel, si le tubercule s'est réduit de moitié, c'est que sous l'influence du traitement antisyphilitique, le syphilôme infiltré en granulôme a été transformé en tissu cicatriciel.

L'inoculation expérimentale est venue démontrer que ce qui restait du tubercule ressortissait à la scrofulo-tuberculose. Un morceau de ce tubercule ainsi réduit, renfermant surtout du tissu scrofulo-tuberculeux, devait fatalement donner une inoculation positive, alors que antérieurement, avant d'avoir été réduit, lorsqu'il ne renfermait qu'une portion beaucoup moindre de tissu lupeux, le résultat positif de l'inoculation pouvait être douteux.

Le traitement institué au début de l'entrée de la malade dans le service (injections sous-cutanées de bichlorure, et potion renfermant 4 grammes d'iodure de potassium) avait, comme nous l'avons vu, donné les meilleurs résultats en faisant disparaître, en amenant la cicatrisation de l'infiltrat ressortissant à la syphilis.

Mais, ce résultat obtenu, les tubercules réduits de moitié, quelques-uns d'entre eux même disparus, je devais modifier mon traitement en entier. En effet, la clinique, l'anatomie pathologique, les recherches bactériologiques, les inoculations expérimentales étaient venues me démontrer d'une façon absolue que ce qui restait était non plus un syphilôme ou un hybride scrofulo-tuberculeux et syphilitique, mais un lupus englobé dans un réticulum fibreux consécutif à la guérison du syphilôme.

J'instituai donc le traitement du lupus d'après ma méthode ordinaire.

J'obtins ainsi une cicatrisation parfaite. Malheureusement deux mois après, de petits nodules lupeux de récidive se montrèrent dans la cicatrice et actuellement un grand nombre de tubercules saillants, mamelonnés, se sont reproduits.

Importance des faits précédents :

1° Au point de vue de la démonstration des Hybrides Scrofulo-tuberculeux (Lupômateux) et Syphilômateux.

Ce cas est donc d'une importance majeure, car il semble prouver qu'il peut exister, du côté de la peau, des hybrides à la fois scrofulo-tuberculeux (lupômateux) et syphilitiques. Il constitue le premier cas d'hybrides syphilitico-lupômateux qui ait été publié et démontré.

Il est important d'insister sur ce fait qu'il ne s'agit pas ici de l'inoculation par voie externe d'une ulcération syphilitique par le virus scrofulo-tuberculeux, ou d'une ulcération scrofulo-tuberculeuse par le virus syphilitique, mais bien de l'évolution en quelque sorte parallèle, mélangée, de ces deux virus, pour former un tissu pathologique hybride constituant un tubercule non exédens à aspect et à évolution particuliers. Ce cas ne peut donc se rapprocher de celui dont le Dr Elsenberg a bien voulu m'envoyer la relation quelque temps après que j'eusse professé ma clinique.

Dans ce très important mémoire, Elsenberg rapporte un fait d'ulcérations syphilitiques de la peau survenues chez un sujet atteint de tuberculose viscérale, lesquelles en partie guéries par le traitement antisyphilitique, s'ulcèrent de nouveau, pour constituer des lésions echtymatiformes d'une richesse extraordinaire en bacilles tuberculeux.

Le cas d'Elsenberg doit-il être considéré comme un fait très remarquable d'ulcérations syphilitiques inoculées par le dépôt accidentel à leur surface du virus tuberculeux? Faut-il admettre que dans ce cas les virus syphilitique et tuberculeux ont exercé sur la peau leur action successive?

Ce cas doit-il être au contraire considéré comme un exemple d'ulcérations mixtes où les deux virus auraient exercé simultanément leur action? Il est bien difficile de le dire ; Elsenberg n'est pas arrivé à démontrer d'une façon absolue la nature hybride des lésions qu'il nous décrit si complètement. Mais si l'on admettait qu'il y a ici hybride, il s'agirait du mélange des lésions de la syphilis et de celles de la tuberculose franche du tégument.

Dans l'observation que je viens de publier, il s'agit d'un hybride constitué par les lésions de la syphilis et celles de la scrofulo-tuberculose tégumentaire.

Le cas d'Elsenberg serait un hybride syphilitico-tuberculeux (tuberculose franche), le mien est un hybride syphilitico-scrofulo tuberculeux (scrofulo-tuberculose.)

2° Au point de vue dogmatique et diagnostique.

Le fait que j'ai observé présente également une grande importance dogmatique et diagnostique. L'on sait qu'un certain nombre de dermatologistes ont dit que le lupus pouvait être dans certains cas syphilitique. Les travaux modernes ont démontré que c'est là une erreur et qu'il n'y a pas de lupus syphilitique, le lupus appartenant à la scrofulo-tuberculose cutanée.

Mais ce qui est vrai, c'est que dans certains cas exceptionnels, la syphilis peut produire du côté de la peau des lésions ressemblant tellement au lupus que les

plus habiles dermatologistes peuvent s'y tromper et que dans certains cas, des lésions, considérées comme des lupus par des maîtres en dermatologie, se trouvaient amendées et guéries par le traitement antisyphilitique interne.

J'ai signalé le fait avec exemples à l'appui en 1884, au congrès international des sciences médicales de Copenhague et le Pr Pick, de Prague, vint confirmer ma communication en disant avoir observé des cas analogues à ceux que j'avais relatés.

Ne peut-on se demander si dans ces cas extraordinaires, l'on ne s'est pas trouvé en présence d'hybrides syphilitico-lupòmateux comme dans le fait que je viens de présenter ?.

3° Au point de vue thérapeutique :

Cette observation est également importante au point de vue thérapeutique. Elle montre d'une façon évidente que, de même que pour les adénopathies hybrides (scrofulo-tuberculomateuses et syphilômateuses) que j'ai étudiées en 1888, il faut savoir employer avec discernement le traitement antisyphilitique et le traitement des scrofulo-tuberculoses locales.

Pathogénie de cette affection hybride.

Une dernière question: Pourquoi notre malade a-t-elle été atteinte d'un hybride syphilitico-lupômateux ? Quelle a été la pathogénie de cet hybride ?

Ici nous entrons dans le domaine de l'hypothèse, et par conséquent nous serons bref.

1° L'on peut supposer que les tubercules syphilitiques de cette malade, ayant été plus ou moins exulcérés à une époque antérieure à celle de l'entrée de la malade dans ma clinique, furent inoculés par le pus qui s'écoulait des fistules consécutives aux gommes scrofulo-tuberculeuses préexistantes. Cette hypothèse est plausible, car l'on voit parfois des tubercules lupeux se développer au niveau de territoires tégumentaires arrosés par le pus s'écoulant d'une lésion tuberculeuse ou scrofulo-tuberculeuse. J'en ai pour ma part relaté de nombreux exemples dans mes leçons sur le lupus.

2° L'on peut supposer que chez cette malade atteinte de scrofulo-tuberculose hypodermique et ganglionnaire, quelques-uns des bacilles renfermés dans ces foyers scrofulo-tuberculeux ont été amenés par le système vasculaire sanguin et lymphatique dans un territoire cutané voisin chroniquement irrité, c'est-à-dire dans les tubercules syphilitiques.

3° Les tubercules lupeux ne préexistaient-ils pas aux syphilômes? S'ils préexistaient n'ont-ils pas joué le rôle de véritables épines irritatives appelant les syphilômes, d'après la loi formulée par Tarnowski pour d'autres causes d'irritation, dans ses belles recherches intitulées « irritation et syphilis ».

Toutes ces hypothèses sont plausibles; aucune ne peut être admise d'une façon absolue à l'exclusion des autres.

Hybride lupômateux et tuberculeux franc.

Dans un travail très important, Doutrelepont puis son élève Hirschfeld ont étudié avec soin deux cas de lupus combinés avec de la tuberculose vraie de la peau. Ces deux cas, uniques je crois dans la littérature médicale, où le lupus de la cavité buccale semble avoir été inoculé par les crachats remplis de bacilles tuberculeux du malade qui était en outre phthisique, devront être lus en entier dans l'important mémoire de Doutrelepont.



Fig. 28.

Cette figure représente la face du malade de Doutrelepont atteint d'hybride lupômateux et tuberculeux franc.

J'ai vu l'un de ces malades en 1887 dans le service de Doutrelepont et j'ai été absolument frappé par l'aspect spécial que donnaient aux téguments de la cavité buccale et de la face, le mélange de ces deux variétés de tuberculose, la tuberculose franche avec ses ulcérations et ses granulations miliaires caractéristiques, le lupus avec ses nodules spéciaux. J'ai rapporté de Bonn la photographie d'un de ces malades qu'a bien voulu me donner Doutrelepont. Elle est représentée dans la *Figure* 28 ci-jointe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'histologie pathologique du lupus a été progressivement établie et élucidée par les travaux de Blasius, Fuchs, Ed. Berger, O. Weber, Pohl, Auspitz, Virchow, Billroth, Wedl, Hebra, Veiel, Rindfleisch, Friedländer, Pantlen, Volkmann, Lang, Baumgarten, Stilling, Neumann, Essig, Jarisch, Kaposi, Doutrelepont, Neisser, Schüller, Pick, Unna, etc., en Allemagne et en Autriche ; de Lebert, Vidal, Kiener, Leloir et Vidal, Cornil et Leloir, Grancher, Renaut, Larroque, Leloir, Malassez, etc., en France ; de Colomiatti, Bizzozero, de Amicis, Mibelli, etc., en Italie ; de Balmano-Squire, Thin, Hutchinson, Crocker, etc., en Angleterre.

C'est seulement depuis environ une dizaine d'années que nous possédons des données précises sur l'histologie pathologique du lupus. Jusque-là, malgré la quantité de travaux publiés sur ce sujet, elle était entourée de la plus grande obscurité et les opinions des auteurs étaient le plus souvent contradictoires. C'est ainsi que le lupus était tour à tour considéré comme une formation épithéliale exagérée, ayant pour point de départ le corps muqueux de Malpighi (Berger, Pohl, O. Weber), comme un adénôme des glandes sébacées (Rindfleisch), comme une simple inflammation chronique du derme (Wedl, Neumann, Hebra, Kaposi, Baumgarten), comme une tuberculose de la peau (Friedländer).

Mais dans ces dix dernières années, une série de recherches histologiques des plus précises sont venues établir d'une façon définitive l'histologie pathologique du lupus. Grâce à ces travaux, la très grande analogie, pour ne pas dire l'identité histologique qui existe entre le tuberculôme et le lupôme, a été démontrée d'une façon péremptoire.

La découverte du bacille de la tuberculose par Koch et la démonstration de ce bacille dans les lupômes faite par Demme, puis par Doutrelepont, Cornil et

Leloir, Pfeiffer, Koch, Krause et Schuchard, Köbner, Leloir, Lachmann, Pick, Neisser, Unna, etc., venaient en 1884 confirmer d'une façon éclatante cette identité histologique.

Enfin dans ces dernières années, mes recherches sur les lupus atypiques, sur l'état anatomique du système lymphatique et des ganglions lymphatiques chez les lupeux, sur l'action combinée des agents de la suppuration et du bacille de Koch dans l'évolution du lupus, sur les hybrides syphilitico-lupômateux, sur le lupus des muqueuses, fournissaient des données nouvelles sur certains points non connus de l'histologie pathologique cellulaire et bactériologique du lupus.

Je diviserai l'étude anatomo-pathologique du lupus de la façon suivante :

A. — Anatomie pathologique du lupus vulgaire typique.

1. Anatomie pathologique cellulaire.
a — Du lupus vulgaire de la peau.
b — Du lupus vulgaire des muqueuses.
2. Étude bactériologique du lupus vulgaire de la peau et des muqueuses.

B. — Anatomie pathologique cellulaire et bactériologique des variétés atypiques du lupus vulgaire.

C. — Anatomie pathologique des complications du lupus.

A. — Anatomie pathologique du lupus vulgaire classique typique.

1° Anatomie pathologique cellulaire

a. *Du lupus vulgaire de la peau.*

Lésions du derme. — Quand on examine à un très faible grossissement un morceau de peau envahie par une infiltration de lupôme encore jeune, et que l'on a eu soin de colorer au moyen du picro-carmin ou de tout autre procédé histo-chimique, on constate que le derme épaissi est infiltré par une quantité plus ou moins considérable de cellules embryonnaires, dont la plupart tendent à se réunir en masses ou nodules plus ou moins réguliers, plus ou moins gros, plus ou moins arrondis, disséminés au hasard. Ce sont les lupômes.

L'on est immédiatement frappé par ce fait que, ainsi qu'on peut le voir dans la *Figure* 1 de la Planche IX, dans la *Figure* 1 de la Planche X, les grosses masses lupeuses sont disposées sans ordre dans la profondeur du derme, tandis que les couches très superficielles de celui-ci, la couche papillaire en particulier, paraissent le plus souvent normales à ce faible grossissement.

Ce fait suffit pour faire rejeter immédiatement l'opinion émise par Berger, Pohl et O. Weber qui disaient que les tubercules lupeux se forment aux dépens de l'épiderme du corps muqueux de Malpighi.

A un grossissement plus fort, on constate que les papilles du derme sont en général hypertrophiées, saillantes, plus ou moins allongées et irrégulières. Elles sont infiltrées de cellules embryonnaires. Elles renferment parfois de petits nodules lupeux constitués par des cellules embryonnaires (tuberculômes embryonnaires). Mais je n'ai pour ainsi dire jamais trouvé de cellules géantes ni de nodules lupeux constitués par des cellules épithélioïdes dans la couche papillaire du derme, bien que depuis 1877 j'aie examiné histologiquement et avec le plus grand soin, en pratiquant des coupes en série, plus de 200 cas de lupus. Dans 7 cas seulement, j'ai trouvé dans la partie inférieure d'une papille hypertrophiée, une cellule géante caractéristique avec sa couronne de cellules épithélioïdes.

En somme, contrairement à l'opinion de certains auteurs, et ainsi que pouvait le faire prévoir l'examen clinique d'un jeune nodule lupeux (qui en somme, paraît toujours très superficiel comme nous l'avons vu à la symptomatologie), j'ai constaté que les lupômes peuvent se trouver partout, aussi bien dans la couche papillaire du derme que dans les parties profondes du derme. L'on voit dans certains cas, d'une façon très nette, les lupômes commencer par se montrer dans les couches les plus superficielles du derme, pour gagner peu à peu les parties profondes. Il semble donc que la situation de l'infiltration lupomateuse peut varier suivant les cas et peut-être suivant le mode d'infection de la peau par le virus tuberculeux.

Mais j'ai également pu constater que, lorsque la couche papillaire renferme de petits lupômes, ce sont de petits lupômes constitués par des cellules lymphatiques embryonnaires et correspondant aux « lymphzellen tuberkeln » de Baumgarten. Ce n'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle que la couche papillaire renferme des follicules lupeux constitués par des cellules épithélioïdes et des cellules géantes.

Les follicules lupeux constitués par des cellules épithélioïdes et renfermant des cellules géantes souvent nombreuses, sont au contraire abondants, comme nous allons le voir, dans les couches sous-jacentes du derme et de l'hypoderme. Cependant nous devons faire remarquer que, d'une façon générale, les follicules lupeux constitués par des cellules lymphatiques semblent être plus nombreux que les follicules lupeux constitués par des cellules épithélioïdes. Notons néanmoins que par suite du passage insensible qui existe souvent entre les nodules lupeux constitués par des cellules embryonnaires et les nodules lupeux consti-

tués par des cellules épithélioïdes, une distinction tranchée n'est pas toujours facile.

C'est surtout dans le derme à sa partie moyenne et dans ses régions profondes, que se trouvent les masses lupeuses les plus considérables. L'hypoderme lui-même, le tissu cellulo-adipeux peuvent aussi être envahis par le processus lupeux d'une façon diffuse ou localisée, et il n'est pas rare de rencontrer dans leur épaisseur des nodules lupeux rappelant à s'y méprendre des nodules tuberculeux (Voir *Fig*. 29, page 226.)

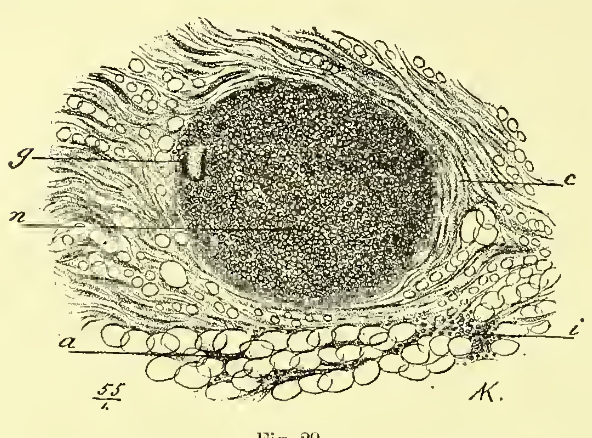


Fig. 29.

Cette figure représente un nodule lupeux siégeant au milieu de l'hypoderme.
n. — Nodule lupeux.
g — Cellule géante.
c. — Tissu conjonctif qui englobe le nodule lupeux.
a. — Cellules adipeuses.
i. — Infiltration lupomateuse diffuse.

L'intégrité relative de la couche papillaire du derme dans le lupus, contraste donc d'une façon très remarquable avec l'infiltration lupomateuse intense des couches moyenne et profonde du derme ainsi que parfois de l'hypoderme.

Étudions maintenant plus en détail la disposition de l'infiltrat lupeux.

Comme on peut bien le voir sur les *Figures* 1, 2, et 3 de la Planche IX et 1 de la Planche X, le derme se trouve infiltré d'une façon diffuse, ou par îlots, ou d'une façon mixte, par des cellules embryonnaires.

Ces cellules présentent une grande tendance à se grouper. En se groupant elles forment d'abord les nodules lupeux histologiques ou primaires (Voir Planche IX, *Fig*. 2), lesquels en se groupant à leur tour forment, comme dans le tubercule, les nodules secondaires.

Aussi, lorsqu'on examine à un fort grossissement un nodule lupeux d'un certain volume, voit-on qu'il est constitué par la réunion d'une quantité plus ou moins grande de petits îlots, plus ou moins séparés les uns des autres par des vestiges du tissu conjonctif refoulé, désagrégé et altéré (Voir Pl. IX, *Fig*. 2). Ces îlots se distinguent nettement du derme ambiant envahi plus ou moins par quelques cellules embryonnaires ou lymphatiques d'origine inflammatoire, par ce fait que le tissu conjonctif fibreux fasciculé et élastique, et en particulier le tissu conjontif fasciculé ont disparu. Ces différents îlots sont constitués par des cellules embryonnaires remarquables par leur volume, surtout dans les petit îlots, et par leur coloration foncée sous l'influence des réactifs histo-chimiques. Les cellules des petits îlots sont assez souvent de forme rhomboïdale, granuleuses, et pourraient être prises quelquefois à un examen superficiel pour des mastzellen.

Unna, dans un récent mémoire, les considère comme analogues au plasma-

zellen de Waldeyer et leur fait jouer un rôle important, qu'il serait trop long de détailler ici, dans la constitution du nodule lupeux.

Quoi qu'il en soit, l'îlot primitif représente, sur la coupe, une surface plus ou moins arrondie renfermant une cellule géante entourée de sa couronne de cellules épithélioïdes. Autour de ce noyau on rencontre des éléments cellulaires polyédriques constituant une zone épithélioïde plus ou moins large. En dehors de cette zone épithélioïde se trouve une zone constituée par des cellules jeunes, embryonnaires, se colorant énergiquement en rouge par le picro-carmin et arrivant jusqu'au contact des faisceaux conjonctifs qui entourent l'îlot. C'est la zone embryonnaire. (Voir *Figure* 29, page 226 et *Figure* 30, page 227.)

A mesure que les cellules lupeuses se rassemblent, le tissu conjonctif subit toute une série de transformations. Les faisceaux conjonctifs perdent leur apparence fibrillaire, deviennent sans consistance et comme gélatineux, pour finalement fondre et disparaître. Il n'en reste plus que des rudiments peu nombreux, réduits à de minces tractus ou filaments isolés, dont on retrouve les traces dans l'intervalle des cellules embryonnaires. Les fibres élastiques finissent par disparaître à leur tour. Finalement les espaces intercellulaires ne sont plus remplis que par une substance amorphe à peine granuleuse çà et là, mais ne présentant jamais une disposition fibrillaire.

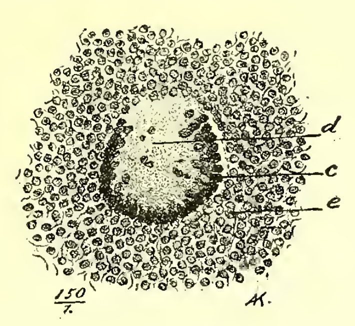


Fig. 30.

Cette figure représente un nodule lupeux avec une cellule géante entourée d'une couronne de cellules épithélioïdes.
d. — Cellule géante.
c. — couronne de cellules épithélioïdes.
e. — Zone embryonnaire.

L'îlot primitif est entouré par des faisceaux conjonctifs lui formant une sorte de gaine.

Les îlots secondaires proviennent de l'agglomération des îlots primitifs, mais alors les faisceaux conjonctifs concentriques qui formaient une sorte d'enveloppe à l'îlot primitif disparaissent. Ils persistent seulement à la périphérie de la zone occupée par l'îlot secondaire.

Quant à l'origine des cellules qui constituent le lupôme primitif, il est assez difficile de la déterminer d'une façon précise. Il est probable qu'elles proviennent à la fois de vaisseaux sanguins et lymphatiques et de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif. C'est là d'ailleurs une question de pathologie générale que nous ne pouvons discuter, car elle nous entraînerait trop loin.

Dans les îlots plus anciens, surtout à leur partie centrale, ou autour des cellules géantes, les réactions histo-chimiques démontrent que les cellules qui constituent le lupôme, subissent une dégénérescence qui au début semble porter surtout sur leur protoplasme, lequel se colore moins facilement, se gonfle et devient plus trouble.

C'est ainsi que les cellules du lupus, par suite de cette nécrose de coagulation qui rappelle la dégénérescence colloïde que Grancher a décrite dans le tubercule

pulmonaire, finissent par constituer des masses de cellules dégénérées analogues, mais peut-être non tout à fait semblables aux masses caséeuses et colloïdes du tubercule franc.

Les lupômes contiennent en général une ou plusieurs cellules géantes, le plus souvent situées non pas au centre du lupôme, comme l'ont écrit certains auteurs, mais plutôt à sa périphérie ou un peu au hasard dans la masse d'infiltration plus ou moins diffuse. Ces cellules géantes se présentent sous plusieurs formes et aspect, devant faire présumer la diversité de leur origine, origine sur laquelle nous n'avons pas à insister ici. (V. *Fig.* 29 et 30, pages 226 et 227. Voir *Fig.* 1 et 3 de la Planche IX, *Fig.* 1, 2, 4, 5, 6, 7 de la Planche X.)

Nous avons déjà dit que la couche papillaire du derme ne renferme presque jamais de cellules géantes. Les cellules géantes se présentent en nombre et sous un volume très variables dans l'infiltration lupomateuse du derme et de l'hypoderme. Quelquefois rares et isolées, elles sont souvent tellement agglomérées et rapprochées les unes des autres, qu'elles forment de véritables foyers (Voir Planche IX, *Fig.* 3). Les grosses cellules géantes sont entourées de grosses cellules épithélioïdes. D'autres fois, isolées ou non, elles sont entourées de petites cellules rondes.

Si l'on traite au moyen du pinceau un lupôme d'un certain âge, l'on voit parfois que son centre nécrosé s'enlève d'un bloc ou laisse paraître un réticulum granuleux. Dans des préparations heureuses obtenues au moyen du pinceau, l'on trouve une charpente de tissu réticulé vrai avec travées disposées en mailles, cellules fixes et plates reposant sur les nœuds des travées, vaisseaux sanguins dont la paroi donne naissance aux faisceaux délicats du reticulum.

Colomiatti avait essayé de distinguer le lupus de la tuberculose par la présence du tissu conjonctif réticulé dans l'un et son absence dans l'autre.

J'ai démontré, en collaboration avec E. Vidal, que ce tissu réticulé existe dans le lupus comme dans le tubercule.

Autour de l'infiltration lupomateuse proprement dite on trouve toujours une infiltration de cellules probablement en grande partie d'origine lymphatique, indice de la réaction inflammatoire déterminée sur les tissus ambiants par l'infiltrat lupeux.

Il est possible que dans certains cas, ces cellules embryonnaires de la périphérie du lupôme, surtout lorsque les vaisseaux qui siègent à leur niveau demeurent perméables, puissent à la longue en pénétrant le lupôme et en se transformant en tissu fibreux, aboutir à la sclérose de celui-ci. C'est ainsi que l'on voit quelquefois le nodule lupeux guérir par sclérose, comme je l'ai montré plus haut dans la partie clinique (lupus sclérosé) et dans mes travaux sur le lupus scléreux et le lupus sclérosé.

Dans d'autres cas, au contraire, l'infiltrat lupomateux dégénéré, nécrosé, sera résorbé en partie par les vaisseaux demeurés perméables, sera désagrégé, englobé et enlevé par les phagocytes. C'est ainsi que le lupôme pourra disparaître par résorption interstitielle, ainsi que nous l'avons vu plus haut, à propos de la symptomatologie.

Quant au troisième processus de terminaison du lupus, l'ulcération, nous allons l'étudier tout à l'heure.

Incessamment, au sein de cette peau atteinte de dermite, se forment de nouveaux lupômes qui, suivant les vaisseaux et fentes lymphatiques, se réunissent plus ou moins les uns aux autres et peuvent même envahir l'hypoderme et la couche papillaire. Aussi sur une coupe d'ensemble d'une peau infiltrée de lupus (Voir PLANCHE IX, *Fig.* 1 et 3. PLANCHE X, *Fig.* 1 et 2), voit-on que l'infiltrat lupomateux diffus présente une tendance à se localiser, et cela particulièrement autour des vaisseaux, à se rassembler dans les trajets et fentes lymphatiques de la peau, qui, ainsi qu'on peut le remarquer dans les planches de ce livre, sont en général dilatés.

Ainsi se produisent de véritables lymphangites lupeuses disséminant au loin le néoplasme spécifique.

Dans certains cas, la production des lupômes, leur multiplication, leur extension, leur réunion et leur coalescence se faisant avec une grande rapidité, et d'autre part leur évolution et leur dégénérescence étant également hâtives, il se produit dans l'épaisseur de la peau de grosses masses lupomateuses évoluant rapidement vers la nécrobiose et rappelant, par leurs caractères cliniques, évolutifs et histologiques, les gommes scrofulo-tuberculeuses (lupus tuberculo-gommeux).

Ainsi se trouve vérifiée et accentuée par l'histologie pathologique, la relation intime qui existe entre le scrofulo-tuberculôme lupomateux et le scrofulo-tuberculôme gommeux, entre lesquels il existe souvent un passage insensible, comme nous l'avons vu au point de vue symptomatologique et comme le démontre l'histologie (Voir PLANCHE X, *Fig.* 1 et 2).

Les vaisseaux sanguins sont en général dilatés et même parfois bourgeonnants, surtout dans les parties superficielles de la peau.

Dans certaines variétés de lupus congestifs, ces néoformations vasculaires peuvent imprimer à la partie atteinte un caractère télangiectasique. Les vaisseaux sont en général perméables, sauf au niveau du centre du lupôme, mais leur gaine adventice et leur paroi endothéliale prolifèrent quelquefois, même en dehors de ce centre.

Les vaisseaux sanguins du lupus sont parfois atteints d'endartérite, d'endophlébite, et d'endocapillarite oblitérantes, lesquelles jouent un grand rôle dans le processus de nécrobiose à distance, ainsi que nous l'avons signalé à propos de la symptomatologie et ainsi que je l'ai montré également en 1885, à propos des syphilômes et des accidents parasyphilitiques dans mes *Leçons sur la Syphilis*. (Voir PLANCHE IX, *Fig.* 4.)

Ces lésions vasculaires peuvent être l'origine de nécrobioses et d'ulcérations para-lupeuses analogues comme pathogénie à celles que j'ai décrites dans la tuberculose de la rate. (H. Leloir, *Examen histologique d'une tuberculose de la rate à forme spéciale* à propos d'une pièce présentée par M. Séné. *Bulletins de la Société anatomique*, 1880).

L'on trouve parfois dans la lumière des vaisseaux sanguins et même des

vaisseaux lymphatiques, des masses colloïdes obstruant plus ou moins complètement le vaisseau (Voir PLANCHE IX, *Fig.* 5) et pouvant également amener des lésions d'origine vasculaire plus ou moins accentuées (infarctus, stase lymphatique, œdèmes, etc.).

Nous avons vu qu'au niveau du foyer lupeux, le tissu conjonctif est en général détruit. A la périphérie de l'infiltration lupeuse, il présente, au contraire, tous les signes de l'inflammation, laquelle peut amener une rétraction cicatricielle de la peau et de ses glandes, mais laquelle peut aussi aboutir à la dermatite chronique hypertrophique et même au pseudo-éléphantiasis lupeux.

En raison du réseau capillaire abondant qui englobe les glandes pilo-sébacées et sudoripares, celles-ci sont souvent entourées par de véritables manchons d'infiltrat lupeux. Il en résulte que ces glandes dégénèrent, s'oblitèrent, se gonflent ou s'atrophient et finissent par disparaître plus ou moins complètement. C'est ainsi que l'altération des glandes sébacées amène au niveau des surfaces lupeuses la production de corpuscules de milium dont nous avons parlé à propos de la symptomatologie.

Fait remarquable, comme je l'ai montré en 1881 (H. Leloir, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.* Paris, 1881), les nerfs persistent longtemps intacts au milieu de tissus lupeux en pleine dégénérescence et dans les cas les plus avancés. Ceci nous explique pourquoi le lupus n'est pour ainsi dire jamais accompagné d'anesthésie, contrairement à la lèpre systématisée tégumentaire, comme je l'ai fait observer dans mon *Traité de la Lèpre.*

Epiderme. — L'épiderme est épaissi d'une façon générale, surtout au niveau du corps de Malpighi. La couche cornée peut être hypertrophiée, mais le fait est rare, sauf dans les cas de lupus papillomateux ou de lupus scléreux ou demi-scléreux.

Souvent il y a diminution et même disparition complète de la couche granuleuse et de l'éléidine de ses cellules (Voir PLANCHE IX, *Fig.* 1 et 3), ce qui indique une tendance à la dékératinisation et à la desquamation (*lupus exfoliatif*).

L'on constate en outre dans le lupus exfoliatif la persistance de la vitalité des cellules des parties profondes, et même des deux tiers inférieurs de la couche cornée. Ce phénomène important s'observe dans tous les processus desquamatifs, comme je l'ai montré en 1882 en collaboration avec E. Vidal, à propos de l'histologie du psoriasis et de l'histologie du Lupus, *Société de biologie*, 1882).

Le stratum lucidum est souvent épaissi.

Le corps muqueux de Malpighi est hypertrophié et il existe souvent entre ses cellules épithéliales un grand nombre de cellules migratrices. Les prolongements interpapillaires du corps muqueux sont d'ordinaire hypertrophiés, allongés, ramifiés (Voir PLANCHE IX, *Fig.* 1 et 3). Toutefois il peut arriver qu'il y ait plutôt atrophie de ses prolongements interpapillaires (PLANCHE X, *Fig.* 1 et 2).

Dans certains cas (lupus papillomateux) l'hypertrophie, la prolifération des prolongements interpapillaires de l'épiderme sont tellement considérables que le

lupus rappelle d'assez près l'épithéliome. L'erreur a été commise plus d'une fois. Pour l'éviter, il faut, ainsi que je l'ai remarqué avec E. Vidal en 1882, faire des coupes profondes et exactement perpendiculaires, afin de retrouver les lupômes, car une coupe superficielle ou oblique pourrait faire croire à l'existence d'un épithéliome. (Voir PLANCHE IX, *Fig.* 6). L'on peut rencontrer même des globes épidermiques dans ces colonnes épithéliales. — Par contre, dans certaines variétés de lupus non exedens, exfoliatifs, l'épiderme est très notablement diminué d'épaisseur. L'on voit alors que les prolongements interpapillaires du derme ont disparu en beaucoup d'endroits. En ces points les cellules embryonnaires de l'infiltrat lupeux se mettent en contact avec la couche des cellules génératrices qui, par suite de la disparition des papilles du derme, affecte une disposition planiforme. Les différentes couches de l'épiderme ne peuvent plus être distinguées, comme l'ont justement remarqué Chandelux et Rébatel. Tout au plus aperçoit-on au-dessus de la couche génératrice quelques cellules malpighiennes. Immédiatement au-dessus de ces dernières, on découvre 2 ou 3 rangées de cellules aplaties, constituant à elles seules toute la couche cornée. En un mot l'épiderme est manifestement atrophié par corrosion épidermique, comme l'a montré Larroque.

On conçoit que par les progrès du travail pathologique, la mince barrière épithéliale opposée au lupôme, finit par se détruire ainsi ou d'une autre façon. Le lupus non exedens deviendra exedens.

Abordons maintenant l'étude du *lupus ulcéré*. Celui-ci résulte d'une inflammation plus intense se produisant au niveau de la région papillaire du derme et d'altérations plus prononcées de l'épiderme.

Ici les lésions du derme que nous avons décrites plus haut s'accentuent encore. Il en est de même de la dermite inflammatoire péri-lupeuse. D'une façon générale, il y a une tendance remarquable des îlots lupeux à la dégénérescence dans le sens large du mot. A l'augmentation des phénomènes précités se joignent des lésions d'origine suppurative, qui nous expliquent comment la surface du lupus ulcéré présente souvent la structure des bourgeons charnus.

Comment se fait l'érosion, la destruction de l'épiderme à la surface du lupus? Comme je l'ai fait observer en 1882, celle-ci peut se produire de plusieurs façons. Tantôt c'est par le mécanisme de l'altération cavitaire que j'ai décrite en 1878 (H. Leloir, *Altération spéciale des cellules épidermiques. Archives de Physiologie*, 1878 ; *Contribution à l'étude de la formation des vésicules et des pustules sur la peau et les muqueuses. Archives de Physiologie*, 1880), et par la production consécutive de petits foyers purulents intra-épidermiques.

Tantôt, au contraire, c'est par la formation de phlycténules purulentes dont le processus de clivement initial, comme l'a montré Renaut de Lyon, a en général son siège au niveau du stratum lucidum, du stratum granulosum ou dans les couches superficielles du corps de Malpighi.

L'ulcération peut encore résulter d'une atrophie lente de l'épiderme avec destruction moléculaire due à des troubles vasculaires, comme je l'ai montré en 1882.

L'ulcération peut aussi être la conséquence d'une atrophie lente de l'épiderme avec destruction moléculaire due à l'accumulation des cellules embryonnaires dans les couches superficielles du derme et à l'infiltration considérable du corps de Malpighi par des cellules migratrices (corrosion épidermique de Larroque, Chandelux et Rebatel).

Enfin dans certains cas, tout l'épiderme tombe à un moment donné, par une sorte de nécrose totale.

Quand l'ulcération est formée, les papilles ainsi que les follicules lupeux superficiels se nécrosent et s'ulcèrent rapidement.

L'ulcération peut bourgeonner, devenir fongueuse, papillomateuse. Les produits épidermiques mélangés au pus concrété donnent lieu à la formation de croûtes plus ou moins épaisses. Lorsque la nécrobiose de l'infiltrat lupeux se fait très vite et frappe de grosses masses de lupômes, l'ulcération suit parfois une marche galopante.

Dans ces lupus ulcéreux à marche rapide, dans ces lupus galopants phagédéniques, l'on doit, outre le rôle destructif joué par les microbes qui viennent adjoindre leur action à celle du bacille tuberculeux, attribuer aussi un rôle important aux lésions vasculaires (obstruction, etc.) que l'on y observe souvent.

Après l'élimination d'une certaine quantité de tissu lupeux et la résorption d'un certain nombre de cellules dégénérées, il se produit une sclérose plus ou moins étendue du derme, sur l'anatomie pathologique de laquelle nous n'avons pas à insister. Notons toutefois que ce tissu cicatriciel est en général remarquable par l'absence totale de tissu élastique et par la disposition horizontale de ses faisceaux dont les contours sont ordinairement mal limités.

Il arrive souvent que cette sclérose atteigne une profondeur considérable et envahisse le tissu adipeux sous-cutané dont des portions plus ou moins étendues contenaient des néoplasmes lupeux. L'on voit alors, dans certains cas, par suite de l'inégale répartition de la sclérose et du tissu lupeux, des portions du tissu cellulaire sous-cutané se trouver englobées dans un derme plus ou moins épaissi et sclérosé.

b. — *Anatomie pathologique cellulaire du lupus vulgaire des muqueuses.*

Les lésions histologiques du lupus des muqueuses sont exactement les mêmes que celles du lupus de la peau. Elles sont modifiées seulement au point de vue des lésions ambiantes et secondaires, par le terrain anatomique spécial dans lequel se développe le lupôme.

L'on pourra s'en convaincre en étudiant avec soin les *Figures* 1, 2 et 3 de la Planche XI, les *Figures* 5, 6, 7 et 8 de la Planche XIII et la *Figure* 1, de la Planche XIV.

Il est donc complètement inutile, je pense, d'insister sur les caractères histo-

logiques du lupus des muqueuses, car l'étude attentive des figures des planches précitées vaudra mieux, croyons-nous, après ce que nous avons dit du lupus de la peau, que toute description.

C'est ainsi que l'on retrouve dans le derme muqueux et même dans le tissu sous-muqueux, des lupômes caractéristiques (Voir PLANCHE XIII, *Fig.* 4, 5, 7 et 8). Ici encore l'infiltration lupomateuse est le plus souvent nodulaire, mais elle est aussi fréquemment diffuse ou mixte. Elle présente également une grande tendance à suivre les vaisseaux sanguins et lymphatiques et à englober les glandes de la muqueuse.

Il est important de noter que, contrairement à ce qui se passe au niveau de la peau, les régions superficielles du derme muqueux sont souvent infiltrées par le lupôme diffus jusqu'au niveau de la couche épithéliale de la muqueuse, comme on peut bien le voir dans les *Figures* 5, 6 et 7 de la PLANCHE XIII. J'ai même dans certains cas trouvé des follicules lupeux nodulaires avec des cellules géantes absolument caractéristiques, dans ces parties tout à fait superficielles du derme muqueux. Ce fait est d'ailleurs rare.

Il est possible qu'au niveau des muqueuses, l'infiltration lupeuse atteigne davantage les couches superficielles du derme qu'au niveau de la peau, en raison de la beaucoup moins grande résistance et solidité de l'épiderme muqueux. D'ailleurs, l'infiltrat lupômateux des muqueuses peut siéger non seulement dans toute l'épaisseur du derme muqueux, mais envahir aussi le tissu sous-muqueux et même dissocier les muscles sous jacents (Voir PLANCHE XI, *Fig.* 1 et 3).

Notons en outre que, assez fréquemment, ainsi que nous l'avons noté plus haut dans la symptomatologie du lupus des muqueuses, les lupômes des muqueuses, en particulier les lupômes nodulaires, ont une grande tendance à se scléroser en partie, pour présenter les caractères histologiques du lupus que j'ai décrit sous le nom de lupus demi-scléreux.

Cette tendance était surtout marquée dans plusieurs cas de lupus des gencives que j'ai examinés et dans le cas de lupus de la langue que j'ai publié en 1888 (Voir PLANCHE XI, *Fig.* 3). Il faut en outre noter que le lupus des muqueuses devient facilement exulcéreux par suite de la résistance et de la solidité relativement moins grandes de l'épiderme muqueux.

Exceptionnellement l'épiderme peut être conservé presque intact. Il peut même dans ce cas présenter une hypertrophie des prolongements intra-dermiques du corps de Malpighi (Voir PLANCHE XI, *Fig.* 1). Dans deux observations de lupus scléreux de la cavité buccale (face interne des joues), j'ai même constaté une tendance à l'hyperkératinisation de l'épiderme, caractérisée par l'apparition d'une couche granuleuse hypertrophique très riche en éléidine, la persistance de la vitalité des cellules de la couche cornée dans ses deux tiers inférieurs, une hypertrophie du corps muqueux, en un mot par des lésions histologiques analogues à celles que j'ai décrites dans la Leucoplasie buccale (*Progrès Médical* 1883. *Archives de Physiologie*, 1887).

J'ai observé des lésions analogues, bien que moins nettes, dans quelques

cas de lupus des gencives. Il est à noter que ces lésions histologiques qui indiquent évidemment que la muqueuse, non seulement s'est kératinisée, mais encore s'est hyperkératinisée à la surface de l'infiltrat lupeux, se sont presque toujours montrées dans les cas de lupus scléreux ou demi-scléreux des muqueuses.

Mais, ainsi que nous avons eu soin de le dire plus haut, la tendance à la destruction de l'épiderme est la règle dans le lupus des muqueuses.

Dans les formes légères qui correspondent au lupus desquamant non exedens, il y a simplement chute des couches superficielles de l'épiderme muqueux (Voir Planche XIII, *Fig.* 6). Dans d'autres cas, l'épiderme muqueux est remarquablement atrophié, réduit simplement à trois, deux et même une couche de cellules épithéliales. Enfin, le plus souvent, l'épiderme disparaît complètement.

De même qu'au niveau de la peau, cette destruction peut se faire de plusieurs manières (Voir Planche XIII, *Figures* 5, 6, 7.) :

a) — Tantôt, par le processus de l'altération cavitaire tel que je l'ai décrit en 1878 et qui préside à la formation des pustules et des foyers suppuratifs au niveau de la peau et des muqueuses. J'ai montré en outre que ce processus d'altération cavitaire au niveau des muqueuses aboutit fréquemment à la formation de productions pseudo-membraneuses (H. Leloir, *Contribution à l'étude de la structure et du développement de productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau* — *Archives de Physiologie*, 1880), ce qui explique l'aspect diphthéroïde que présentent parfois les ulcérations lupeuses des muqueuses au début;

b) — Tantôt, mais plus rarement par le processus de phlycténisation ;

c) — Très souvent par suite de l'atrophie lente avec destruction moléculaire due à des troubles vasculaires ;

d) — Tantôt enfin par suite d'une atrophie lente, résultant de l'accumulation des cellules embryonnaires dans les couches superficielles du derme muqueux et de l'envahissement de l'épiderme de la muqueuse par des cellules migratrices (corrosion épidermique de Larroque, Chandelux et Rebatel).

La fréquence et la précocité des lésions de l'épiderme dans le lupus des muqueuses, l'envahissement des couches superficielles du derme muqueux par l'infiltrat lupeux, la grande tendance qu'offre le lupus des muqueuses à être demi-scléreux ou scléreux, sont au nombre des raisons qui nous expliquent pourquoi le lupus des muqueuses se présente si souvent au point de vue clinique et histologique sous l'aspect papillomateux et bourgeonnant.

Les vaisseaux et les nerfs offrent dans le lupus des muqueuses les mêmes altérations histologiques que dans le lupus de la peau.

Les glandes, qui doublent littéralement sur un grand nombre de points la muqueuse, sont toujours entourées par de véritables manchons d'infiltrat lupeux ou de cellules embryonnaires inflammatoires (Voir Planche XIII, *Fig.* 4, 5, 7,) qui envahissent le tissu conjonctif interglandulaire. Toutefois il est absolument exceptionnel de trouver à ce niveau des follicules lupeux caractéristiques, pas plus d'ailleurs que des bacilles de Koch.

La paroi des acini glandulaires peut demeurer longtemps intacte ainsi que leur endothélium, et la glande ne présenter aucune modification dans son volume. Dans d'autres cas, les canaux excréteurs, comprimés par les lésions diffuses du chorion muqueux au niveau de leur abouchement à la surface de la muqueuse, sont énormément dilatés.

Mais au bout d'un temps plus ou moins long, les cellules embryonnaires finissent par envahir la glande: le processus d'inflammation interstitielle dissocie les culs-de-sac glandulaires, en remplissant les espaces interglandulaires avec des travées fibroïdes ou des éléments embryonnaires. Les cellules des parois des acini sont alors à leur tour altérées par le processus envahissant; l'endothélium glandulaire est atteint de dégénérescence granulo-graisseuse ou trouble ou de nécrose de coagulation (voir Planche XI, *Fig.* 2). La glande s'effondre en quelque sorte, laissant à peine quelques rares acini affaissés, rétrécis et circonscrits par une couronne de cellules épithéliales basses, fortement colorées par le picro-carmin, mais n'ayant plus aucun des caractères des épithéliums mucipares. Parfois même il arrive que, au milieu de ces infiltrations embryonnaires, la coupe d'un acinus ainsi altéré rappelle une cellule géante.

L'effondrement glandulaire n'est pas toujours total. Souvent il ne s'agit que d'une portion plus ou moins considérable de la glande, qui subit ainsi une sorte d'atélectasie partielle. Suivant les points, c'est tantôt le centre de la glande qui est frappé de cette atrophie nécrobiotique, tantôt et le plus souvent sa périphérie, soit en bordure, soit parfois sous forme de coin pénétrant plus ou moins profondément.

C'est ainsi que l'envahissement des glandes (Voir Planche XIII, *Fig.* 4, 5 et 7) de la muqueuse par l'infiltrat lupeux et inflammatoire amènera la destruction plus ou moins complète de la glande dans tous les points en contact avec les parties enflammées du derme.

Notons que les acini glandulaires sont parfois remplis de micro-organismes (cocci, bâtonnets), qui viennent peut-être ajouter leur action à celle du bacille de Koch dans le processus destructif qui a envahi la muqueuse. Il faut noter en effet que c'est surtout dans les cas de lupus exulcéreux, ulcéreux et en particulier dans le lupus fortement ulcéreux, que j'ai trouvé le plus ordinairement et le plus abondamment ces micro-organismes.

Lorsque l'infiltrat lupeux gagne le tissu sous-muqueux, il dissocie les lobules adipeux et amène progressivement la disparition de leurs cellules graisseuses. Il peut déterminer la dissociation, l'atrophie et la dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires. Il peut être l'origine d'une périchondrite, d'une chondrite inflammatoires, et même parfois d'une périchondrite et chondrite lupeuses, comme l'indique la présence de lupômes caractéristiques avec leurs cellules géantes et leurs cellules épithélioïdes au milieu de l'infiltrat de cellules embryonnaires.

Il peut même donner lieu à une véritable ostéite lupeuse, comme j'en ai observé un cas remarquable dans le service de mon maître Lailler, cas dont j'ai parlé plus haut à propos des complications du lupus et dont j'ai communiqué

l'autopsie et l'examen histologique, que j'avais pratiqués avec soin, au docteur Renouard qui les a publiés dans sa thèse.

Dans ce cas, le maxillaire supérieur était nécrosé et infiltré de tubercules. Les os propres du nez étaient intacts. Il y avait infiltration tuberculeuse de la luette, du voile du palais, et du sillon gingivo-labial. La luette et la muqueuse buccale renfermaient une assez grande quantité de nodules lupeux disséminés et infiltrant même les glandes, avec tendance à la sclérose, soit autour du néoplasme, soit autour des glandes.

Les coupes de la voûte palatine, du maxillaire supérieur (Voir Planche XIV, *Fig.* 1), montrent un degré très prononcé d'ostéite raréfiante, d'où émergent des boyaux de cellules embryonnaires se dirigeant vers la face inférieure de l'os où elles se réunissent en différents endroits, pour former des îlots identiques aux follicules lupeux ou tuberculeux ou pour se transformer en tissu fibreux épais et dense. Les vaisseaux présentent aussi de très notables altérations (V. Planche XI, *Fig.* 4.)

En résumé : ostéite raréfiante donnant naissance à des cellules embryonnaires qui se groupent pour former des nodules lupeux ou tuberculeux microscopiques, ou du tissu fibreux » (H. Leloir *in* thèse Renouard, page 231).

On peut dire d'une façon générale que cette ostéite scléro-lupeuse rappelle certaines formes d'ostéite scléro-gommeuse dont j'ai publié en 1881 l'histologie dans la thèse de Méricamp (sur les arthropathies syphilitiques (pages 55 à 59), dans la thèse de mon élève M. Prévost sur les fractures spontanées chez les syphilitiques (thèse de Lille 1886), et dont j'ai publié les figures et l'histologie dans la thèse d'agrégation de mon collègue le P[r] Dubar sur les ostéites, en 1883 (Planches 3 et 4 et pages 71 à 73).

L'étude histologique précédente montre donc bien que le lupus est un véritable granulôme dans le sens de Virchow, granulôme présentant la même structure histologique que le tubercule.

2° — Étude bactériologique du lupus vulgaire de la peau et des muqueuses.

Les recherches bactériologiques sont venues confirmer la nature tuberculeuse du lupus, que l'histologie cellulaire et la clinique avaient fait présumer et que les inoculations expérimentales avaient démontrée. Aussitôt après la découverte du bacille de la tuberculose par Koch, les dermatologistes et les histologistes se mirent à l'œuvre pour trouver dans le lupus le bacille de la tuberculose.

Demme, puis Doutrelepont, Pfeiffer, Cornil et Leloir, Koch, Schuchardt et Krause, Neisser, Pick, Lachman, Köbner, Cornil et Babès, Unna, Michelson, Jadassohn etc., etc., trouvent des bacilles dans le lupus vulgaire. Mais tous s'accordent pour insister sur la très grande rareté de ces bacilles et quelques histologistes même (Malassez) disent qu'ils n'en ont pas trouvé.

Il est certain que les bacilles sont très rares dans le lupus et qu'il faut pour les trouver une grande habitude de la technique et de la pratique histologique et une grande patience. Aussi ce procédé de diagnostic, dans les cas douteux, n'est-il guère facile et n'est-il pas à la portée de tous.

Pour trouver les bacilles de la tuberculose, il faut parfois pratiquer jusqu'à 10, 15, 20, 30, 40 et même 60 et 80 coupes avant d'en trouver un seul. Aussi la méthode d'examen des coupes en série est-elle absolument nécessaire pour l'étude de cette tuberculose locale, dont les bacilles seront colorés par les procédés connus.

Chose curieuse, il arrive souvent que lorsqu'on a fini par obtenir une coupe renfermant un ou plusieurs bacilles, l'on trouvera des bacilles dans toutes les 5 à 12 coupes suivantes, quelquefois même davantage, comme si l'on était tombé sur un filon de bacilles. Mais dans toutes ces coupes, les bacilles sont encore très rares et l'on n'en trouve guère que 1, 2, 3 ou 4 au plus par coupe.

Ainsi donc les bacilles sont très rares dans le nodule lupeux, ne se rencontrent que sur un très petit nombre de coupes parmi le grand nombre de coupes pratiquées et sont très peu nombreux même dans les coupes bacillifères.

Lors de mes premières recherches, j'ai coupé bien des morceaux de lupus sans trouver de bacilles. Depuis lors, ayant suivi des procédés techniques plus perfectionnés, et l'âge m'ayant sans doute rendu plus patient, j'ai fini par trouver des bacilles dans presque tous, je pourrais même dire dans tous les cas de lupus vulgaire vrai. C'est ainsi que sur 200 cas de lupus étudiés histologiquement au point de vue de la recherche des bacilles tuberculeux, j'ai pu constater la présence de ces bacilles dans 157 cas. C'est surtout dans les nodules lupeux jeunes que se trouvent les bacilles tuberculeux. Ils sont exceptionnels dans les nodules anciens.

Les bacilles de la tuberculose se trouvent d'ordinaire dans l'intérieur des cellules géantes, comme y a insisté Koch (Voir PLANCHE X, *Fig.* 4, 5, 6, 7 et PLANCHE XI, *Fig.* 6 ; PLANCHE XIII, *Fig.* 8). Mais contrairement à ce que dit cet auteur, on peut en trouver en dehors de celles-ci (Voir PLANCHE X, *Fig.* 4, 8, 9, 10 ; PLANCHE XI, *Fig.* 5). C'est ainsi que j'en ai trouvé dans les cellules épithélioïdes immédiatement à côté des cellules géantes, dans les cellules embryonnaires de l'infiltrat lupomateux nodulaire ou disséminé, en un mot en des points très divers de l'infiltrat lupeux, comme on peut le constater dans les planches de ce livre.

J'ai même été frappé, dans un certain nombre de cas, de la fréquence relative avec laquelle ces bacilles se trouvaient situés dans le voisinage des vaisseaux et en particulier dans le voisinage des lymphatiques (Voir PLANCHE X, *Fig.* 8 et 10). Cette constatation a peut-être son importance. Cependant, je le répète, c'est surtout dans l'intérieur ou au voisinage des cellules géantes que j'ai trouvé les bacilles.

Ainsi que l'a remarqué Koch, en général la cellule géante ne renferme qu'un seul bacille; cependant, contrairement à Koch j'ai plusieurs fois trouvé des cellules géantes qui renfermaient deux bacilles (Voir PLANCHE X, *Fig.* 4, 6 et 7 et PLANCHE XI, *Fig.* 6). J'ai même dans quelques cas trouvé des cellules géantes qui renfermaient 4, 5 bacilles et même davantage (Voir PLANCHE X, *Fig.* 4). Mais ces cas

où les cellules géantes renfermaient plusieurs bacilles constituent des faits exceptionnels.

Dans ces cas, il existait non seulement d'assez nombreux bacilles dans les cellules géantes, mais même au voisinage de celles-ci et en différents endroits du lupôme (Voir PLANCHE X, *Fig.* 4). Il s'agit, dans ces observations, de faits très rares de lupus anormalement riches en bacilles, bien que présentant tous les caractères du lupus vulgaire classique. Ces faits démontrent une fois de plus qu'il existe, entre le lupus et les autres variétés de la tuberculose tégumentaire, des termes de passage.

Dans quelques cas de lupus tuberculo-gommeux ayant rapidement marché vers le ramollissement nodulaire et en quelque sorte gommeux du lupôme, j'ai, dans la paroi de cette tuberculo-gomme, trouvé, au milieu des cellules lymphatiques et embryonnaires, quelques bacilles. Dans un cas même, ces bacilles nombreux étaient en quelque sorte disposés en séries, parallèlement aux faisceaux conjonctifs de cette paroi (Voir PLANCHE XIV, *Fig.* 2).

Je n'ai pas constaté, malgré mes très nombreuses recherches sur l'histologie et la bactériologie du lupus (j'ai examiné histologiquement et bactériologiquement plus de 200 cas de lupus), que la tendance ulcérative, nécrobiotique et suppurative du lupus fût en rapport direct avec le nombre des bacilles.

J'ai vu des lupus non exedentes, voire même des lupus scléreux et des lupus vulgaires érythématoïdes, renfermer un nombre relativement considérable de bacilles de Koch, alors que des lupus rapidement ulcéreux, tuberculo-gommeux, voire même phagédéniques n'en renfermaient qu'un très petit nombre.

Si l'on veut admettre que l'ulcération et la suppuration du lupus sont sous la dépendance du bacille de Koch ou des produits qu'il sécrète, il faudrait alors supposer que dans ces cas, le microbe de la tuberculose existait non seulement sous la forme bacillaire, mais surtout sous la forme sporulaire. Mais nous ne possédons sur ce point aucune donnée précise.

J'ai dans le temps, recherché, au moyen de procédés techniques divers, si, dans le lupus, on ne pouvait trouver ces microcoques et zooglées décrits par Malassez sous le nom de tubercules zoogléiques. Je n'ai rien trouvé.

Schüller a signalé en 1881 la présence de micrococci dans le lupus et en particulier dans le lupus récent. Pas plus que Neisser je n'ai rencontré les corpuscules décrits par Schüller, comme les micrococci du lupus. Peut-être ces corpuscules de Schüller n'étaient-ils autre chose que des produits de fragmentation nucléaire ou des mastzellen. Peut-être aussi s'agissait-il dans les cas de Schüller de microbes de la suppuration, etc., ou même de bacilles tuberculeux désagrégés.

En revanche il semble très probable que, dans un très grand nombre de cas tout au moins, la nécrobiose, l'ulcération rapide, la suppuration, voire même la tendance phagédénique de certains lupus, sont le résultat de l'action surajoutée de certains microbes pathogènes, n'ayant aucun rapport avec le bacille de la tuberculose, mais venant combiner leur action avec celle du bacille de Koch. Parmi ces microbes auxiliaires, mais auxiliaires puissants au point de vue ulcératif et suppu-

ratif, il faut placer en première ligne, comme je l'ai démontré depuis 1887, les Agents de la suppuration (H. Leloir, *Action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire* (*Médecine moderne*, 1890) ; H. Leloir et A. Tavernier, *Recherches nouvelles sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire*. — *Congrès de la tuberculose*, 1891).

J'ai déjà plus haut, à propos de la symptomatologie, insisté beaucoup sur l'action jouée par ces agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire. Je n'ai donc pas à y revenir. Qu'il me suffise de faire remarquer qu'on les trouve non seulement dans les produits de sécrétion des ulcérations lupeuses, mais même dans l'épaisseur des tissus, à la périphérie des follicules lupeux, et dans l'intérieur ainsi qu'au voisinage des vaisseaux et espaces lymphatiques de la peau malade (Voir PLANCHE X, *Fig.* 4).

Dans le lupus des muqueuses on les rencontre parfois aussi en grande abondance dans les glandes de la muqueuse. Ils y sont souvent mélangés avec des bâtonnets.

Notons que l'agent de la suppuration de beaucoup le plus abondant et le plus constant est le staphylococcus pyogenes aureus.

Dans des cas exceptionnels même, j'ai trouvé ces micrococci en grande abondance dans l'intérieur des vaisseaux sanguins, constituant de véritables embolies ou thromboses microbiennes, venant, avec l'endartérite concomitante, déterminer des obstructions vasculaires pouvant être l'origine de nécrobioses à distance et pouvant expliquer peut-être la fonte purulente rapide de certains lupus.

Je dois remarquer en terminant, que je n'ai jamais trouvé de bacilles de la tuberculose dans les produits de sécrétion des ulcérations lupeuses ou dans le pus qui se trouve sous les croûtes de certains lupus. Je pense que la plupart des histologistes ont dû faire la même constatation que moi.

Unna et son élève Berliner (*Monatshefte fur praktische Dermatologie*, 15 avril 1891, page 353) n'ont pas plus que moi trouvé de bacilles dans ces conditions, même dans le cas de lupus irrité et enflammé au moyen de la tuberculine de Koch ; et Unna va jusqu'à nier que d'autres auteurs en aient trouvé, quoi qu'ils disent.

Comme je l'ai écrit plus haut, seul, je crois, Lachman, a trouvé dans le pus accumulé sous les croûtes d'un lupus mal traité, des masses de bacilles si nombreux, que l'on aurait pu se croire en présence d'une culture pure de bacilles de la tuberculose. Il faut d'ailleurs, lorsque l'on recherche les bacilles du lupus, avoir bien soin de se placer dans les conditions nécessaires au point de vue histochimique pour ne pas les confondre avec les bacilles du smegma, etc., etc.

Jusqu'ici personne n'est arrivé à obtenir des cultures pures de bacilles tuberculeux en ensemençant des milieux de culture avec des produits lupeux. Je n'ai pas été plus heureux. Seul Koch a, dans un cas de lupus hypertrophique du centre de la joue recueilli chez un garçon de 10 ans, obtenu des cultures pures de bacilles tuberculeux qu'il inocula avec succès à des souris des champs et à des

cobayes.(R. Koch, *Die Ætiologie der Tuberculose* — *Mittheilungen aus den Kaiserlichen Gesundheitsamte.* Zweiter Band 1884, page 66 et 67 Versuch 6 et Versuch 7.)

Si je n'ai pu obtenir de cultures de bacilles tuberculeux provenant du lupus, en revanche, j'ai obtenu de très belles cultures pures des agents de la suppuration qui jouent un rôle si considérable dans l'évolution de certains lupus, en particulier du staphylococcus pyogenes aureus.

B. — Anatomie pathologique cellulaire et bactériologique des Variétés atypiques du lupus vulgaire de la peau et des muqueuses.

Comme je l'ai démontré depuis 1882 par mes recherches cliniques, histologiques, bactériologiques et expérimentales, ces variétés sont au nombre de quatre :

1° Le lupus vulgaire scléreux que j'ai décrit en 1882 avec E. Vidal, et ses sous-variétés demi-scléreuses, que j'ai décrites ultérieurement. Il faut y adjoindre le tuberculosis verrucosa cutis de Riehl et Paltauf, qui doit être considérée comme un lupus demi-scléreux papillomateux superficiel à tendance suppurative.

2° Le lupus vulgaire érythématoïde que j'ai décrit en novembre 1885, à l'hôpital Saint-Sauveur, puis dans les *Archives de Physiologie.*

3° Le lupus vulgaire colloïde que j'ai décrit, en 1888, au Congrès de la tuberculose.

4° Le lupus vulgaire mucoïde ou myxomateux que j'ai décrit, en 1888, au Congrès de la tuberculose.

1° *Lupus vulgaire scléreux.* (Voir Planche XII, *Fig.* 2, 3, 4 et Planche XV, *Fig.* 1 et 2.)

Le lupus vulgaire scléreux est, comme je l'ai montré en 1888 dans mon étude sur la nature des variétés atypiques du lupus vulgaire (Congrès de la tuberculose) et de nouveau, en 1890, dans mon mémoire sur le lupus scléreux et le lupus sclérosé publié, en 1890, dans les Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, une variété évolutive spéciale du lupus vulgaire et non un processus de guérison et de terminaison comme le lupus sclérosé.

Dans le lupus scléreux, en effet, la transformation fibreuse n'est jamais totale comme dans le lupus sclérosé, soit qu'elle respecte un certain nombre des tubercules lupeux microscopiques et primaires ou des follicules lupeux qui constituent par leur réunion le tubercule lupeux, soit qu'elle n'amène que la sclérose partielle des lupômes ou des follicules lupeux. Le lupus scléreux, contrairement au lupus sclérosé, est virulent; car, ainsi que je l'ai démontré en 1888, il renferme des bacilles tuberculeux et est inoculable aux animaux d'après ma technique ordinaire.

L'on peut, dans le lupus scléreux, distinguer, comme je l'ai fait en 1888, deux variétés : la variété scléreuse, la variété demi-scléreuse.

La variété demi-scléreuse se distingue de la variété scléreuse par ce fait que

la sclérose y est beaucoup moins prononcée, soit que tous les lupômes ne soient pas sclérosés, soit que la sclérose y soit incomplète. Cette variété demi-scléreuse est très fréquente au niveau des muqueuses, ainsi que nous l'avons vu plus haut à propos de l'histologie du lupus des muqueuses et se trouve bien figurée dans la *Figure* 3 de la Planche XI. Son histologie est d'ailleurs la même (à une différence de le plus ou moins de sclérose près), que celle du lupus scléreux. Les phénomènes inflammatoires secondaires sont en outre plus accentués et plus fréquents dans la variété demi-scléreuse que dans la variété scléreuse.

Le lupus scléreux est fréquemment papillomateux (Voir Pl. XII, *Fig.* 2). Aussi plus souvent constate-t-on dans ces cas une hypertrophie notable du corps de Malpighi et de ses prolongements interpapillaires et une hyperkératinisation plus ou moins générale des couches superficielles de l'épiderme. La couche cornée est souvent épaissie et renferme des stries rouges transversales colorées par le carmin; il en est de même du stratum lucidum. La couche granuleuse est souvent très épaissie et ses cellules très riches en éléidine. Çà et là cependant il existe des îlots de dékératinisation caractérisés par la disparition de la couche granuleuse et la persistance de la vitalité des cellules de la moitié ou des deux tiers inférieurs de la couche cornée. Il peut même se produire en quelques points des processus de destruction épidermique.

Il arrive souvent que ce processus de destruction épidermique ait une origine suppurative. Cela s'observe surtout dans ces variétés de lupus papillomateux, verruqueux, où existent entre les saillies papillomateuses de petits foyers suppuratifs. Dans ces cas, c'est surtout au niveau des prolongements interpapillaires les les plus profonds de l'épiderme que se forment ces foyers de suppuration, lesquels peuvent pénétrer jusque dans la couche papillaire du derme et même plus loin, englobant des lupômes plus ou moins volumineux et en amenant la nécrobiose suppurative.

Ainsi se produisent de petits abcès superficiels situés profondément entre les saillies papillomateuses. Ces abcès, en s'ouvrant largement, constitueront de petites cavernes qui, une fois vidées, pourront parfois plus tard être envahies et remplies par des masses épidermiques.

Dans certains cas, ces masses épidermiques à disposition concentrique lamelleuse, renfermant encore à leur centre du pus ou de la matière caséeuse concrétée, pourraient à un examen superficiel être prises pour des globes épidermiques.

Entre les papilles hypertrophiées, allongées et remplies de cellules migratrices, s'enfoncent les colonnes hypertrophiées, allongées, parfois ramifiées du corps muqueux hypertrophié. Celles-ci pénètrent très profondément et d'une façon irrégulière entre les papilles. Elles renferment quelquefois des globes épidermiques (Voir Planche XV, *Fig.* 2).

Souvent le bourgeonnement de la couche papillaire et des prolongements épidermiques interpapillaires est tellement prononcé, que sur des coupes obliques ou insuffisamment profondes, on pourrait prendre toute cette région superficielle du lupus, pour un épithéliome tubulé à cellules pavimenteuses.

Les papilles du derme ne sont pas envahies par les follicules lupeux, sauf parfois au niveau de leur base. C'est surtout dans le lupus demi-scléreux et en particulier dans quelques-unes de ses variétés superficielles voisines de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf que l'on observe cette situation superficielle des lupômes.

Parmi les différents nodules lupeux primaires ou secondaires il en existe une quantité plus ou moins grande qui subissent la transformation fibreuse plus ou moins complète.

Sur les coupes, les nodules lupeux sont constitués par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux disposés en lamelles concentriques. Ces faisceaux sont séparés par quelques cellules embryonnaires (Voir Planche XV, *Fig.* 1).

La sclérose débute à la périphérie de l'îlot qu'elle envahit progressivement, le dissociant en quelque sorte en lamelles concentriques par des prolongements plus ou moins fins de tissu fibreux, lesquels par leur disposition et leurs rapports avec les cellules embryonnaires rappellent les fibres de Sharpey dans l'ossification (Voir Planche XV, *Fig.* 1.)

La sclérose augmente, envahit la périphérie de l'îlot, qui ne persiste plus à l'état embryonnaire qu'au niveau de son centre et finit même parfois par se transformer complètement en tissu fibreux.

Souvent des îlots en voie de transformation fibreuse se trouvent séparés ou même réunis les uns aux autres par des masses de tissu fibreux dense, d'où partent des prolongements qui pénètrent les îlots précités (Voir Planche XII, *Fig.* 4). Dans certains points de la tumeur on trouve encore çà et là des nodules lupeux embryonnaires avec des cellules géantes.

Les vaisseaux même les plus ténus présentent une tendance remarquable à la sclérose de leurs parois (Voir Planche XII, *Fig.* 3), surtout dans la variété scléreuse pure.

Dans les parties sous-jacentes ou ambiantes on retrouve à un degré plus ou moins pur la texture du tissu lupeux.

Les bacilles tuberculeux sont, comme je l'ai montré en 1888, en général très rares dans cette variété atypique de lupus vulgaire. Ils y sont ordinairement plus rares que dans le lupus vulgaire classique et se trouvent en général placés dans les cellules géantes que renferment les follicules lupeux non encore sclérosés ou au voisinage de celles ci. On peut aussi les trouver dans le tissu lupeux plus ou moins éloigné de la cellule géante (Voir Planche X, *Fig.* 8 et Planche XI, *Fig.* 5 et 6).

Cependant, j'ai, dans un certain nombre de mes observations de lupus demi-scléreux papillomateux, été étonné de l'assez grande quantité de bacilles tuberculeux que j'ai trouvés en pratiquant des coupes en série. Dans ces cas, d'ailleurs exceptionnels, les bacilles tuberculeux étaient beaucoup plus nombreux que dans les observations ordinaires de lupus vulgaire classique.

Ces variétés de lupus papillomateux riches (relativement) en bacilles, doivent être considérées comme faisant partie du groupe de lupus demi-scléreux papillomateux, dont l'affection décrite par Riehl et Paltauf, sous le nom de tuberculosis

verrucosa cutis, semble être une sous-variété très superficielle, à tendance suppurative. Elles constituent des termes d'union entre le lupus vulgaire et la tuberculose tégumentaire primitive par inoculation.

Outre les bacilles de la tuberculose, l'on trouve parfois dans le lupus scléreux, surtout dans ses variétés papillomateuses, crevassées, avec tendance à la formation de foyers suppuratifs et d'abcès entre les papilles, une quantité plus ou moins considérable de micrococci de la suppuration, en particulier de staphylococci aurei. Ces agents de la suppuration jouent évidemment un grand rôle dans les processus nécrobiotiques et suppuratifs qui se produisent parfois en certains points des lupus demi-scléreux verruqueux. Ils jouent évidemment aussi un certain rôle dans les poussées inflammatoires qui se font parfois au niveau des lupus scléreux, en particulier au niveau des lupus papillomateux demi-scléreux.

Dans une variété particulière de lupus scléreux (variété plane profonde), caractérisée par la situation profonde et diffuse en général de l'infiltration, et par l'absence d'état papillomateux à la surface du placard lupeux, le lupus scléreux envahit parfois d'une façon diffuse toute l'épaisseur du derme et même l'hypoderme. Ici la sclérose est souvent plus prononcée et les follicules lupeux embryonnaires qui persistent sont moins nombreux et plus diffus. J'ai également dans cette variété de lupus scléreux, que nous avons étudiée à la symptomatologie sous le nom de lupus scléreux variété plane profonde, trouvé (Voir PLANCHE X, *Fig.* 3.) des bacilles tuberculeux, mais avec une difficulté excessive et en très petit nombre.

J'ai démontré en 1888 que, contrairement au lupus sclérosé, toutes les variétés de lupus scléreux sont inoculables aux animaux d'après la technique que j'ai formulée, mais que la date d'apparition de ces tuberculoses expérimentales est encore plus tardive chez les animaux inoculés avec le lupus scléreux, que chez ceux qui sont inoculés avec le lupus vulgaire classique. Il faut faire exception toutefois pour les variétés de lupus demi-scléreux papillomateux assez riches en bacilles, dont j'ai parlé plus haut. Celles-ci déterminent assez rapidement la tuberculisation de l'animal en expérience.

Le lupus scléreux est donc bien, et au point de vue spécifique et au point de vue anatomique, au lupus vulgaire, ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose vulgaire de cet organe, comme je l'ai dit en 1882, dans le travail que j'ai publié en collaboration avec E. Vidal, sur le Lupus scléreux (Société de Biologie, 1882).

Annexe au lupus scléreux.

(LUPUS DEMI-SCLÉREUX, PAPILLOMATEUX, SUPERFICIEL ET SUPPURATIF ; TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS DE RIEHL ET PALTAUF.) TUBERCULE ANATOMIQUE

Nous avons vu plus haut, à propos de la symptomatologie, que l'affection décrite en 1886 par Riehl et Paltauf sous le nom de tuberculose verruqueuse de la

peau devait être rattachée aux variétés atypiques du lupus vulgaire et en particulier au lupus demi-scléreux. Nous l'avons considérée comme un lupus demi-scléreux papillomateux superficiel à tendance suppurative.

La tuberculosis verrucosa cutis de Riehl et Paltauf qui, selon moi, je le répète, doit être considérée comme un lupus papillomateux superficiel à tendance suppurative, présente des particularités histologiques intéressantes, qui ont été très bien mises en lumière par Riehl et Paltauf et dont il nous faut ici dire quelques mots.

Ces particularités histologiques se résument ainsi : l'infiltrat lupeux est superficiel ; il semble siéger surtout et avoir son point de départ au niveau de la région sus-papillaire du derme. Il ne dépasse que très exceptionnellement les glomérules des glandes sudoripares. L'infiltrat présente tous les caractères histologiques des lupômes. Mais ces lupômes sont plus riches en bacilles que d'ordinaire. Dans les cas d'inflammation aiguë, Riehl et Paltauf ont constaté également l'existence de cocci abondants.

Nous venons de voir que certaines variétés de lupus demi-scléreux papillomateux profonds sont également remarquables par leur richesse relative en bacilles de la tuberculose et par leur envahissement par les microbes de la suppuration.

Les papilles du derme sont très hypertrophiées, infiltrées de cellules embryonnaires. Il se produit souvent, au niveau des parties profondes des prolongements épidermiques interpapillaires, des foyers de suppuration qui peuvent envahir le derme et gagner l'infiltrat lupeux.

Le centre du placard peut à la longue s'affaisser, par suite d'une sclérose plus ou moins complète et d'une cicatrisation plus ou moins parfaite et en général superficielle de la lésion.

Certaines variétés de tubercules anatomiques présentent une structure très analogue à celle du lupus scléreux papillomateux ou de la tuberculosis verrucosa cutis.

Ils peuvent, comme l'ont montré Riehl, Pollosson, Reverdin et Mayor, Leloir, Finger, Dubreuilh, etc., renfermer des bacilles de la tuberculose.

Il n'existe pas, au point de vue histologique et bactériologique, de différence essentielle entre certains tubercules anatomiques dus à l'inoculation de bacilles de la tuberculose et certaines variétés du lupus scléreux.

Ces faits montrent une fois de plus qu'il y a entre le lupus vulgaire et les tuberculoses tégumentaires primitives par inoculation, des relations étroites, comme je ne cesse de le répéter depuis le commencement de ce livre.

2° *Lupus vulgaire érythématoïde* (Voir Planche X, *Fig.* 7 et Planche XIII, *Fig*, 1, 2 et 3.)

L'histologie pathologique du lupus vulgaire érythématoïde tient à la fois de celle du lupus vulgaire vrai et de celle du lupus érythémateux pur. Elle varie d'ailleurs un peu suivant les cas. C'est ainsi que j'ai observé une infiltration de

cellules embryonnaires envahissant tantôt les régions superficielles du derme, tantôt le tiers supérieur et même la totalité du derme. Souvent même cette infiltration envoyait des prolongements le long des vaisseaux et des glandes jusque dans l'hypoderme. Dans cet envahissement, les vaisseaux et les glandes de la peau présentaient quelquefois les altérations que j'ai signalées à propos du lupus érythémateux.

L'infiltration était diffuse, constituée par des cellules embryonnaires en général également colorées par le picro-carmin et non mélangées de foyers hémorrhagiques. Toutefois dans certains cas et même sur certaines coupes provenant d'un même malade, l'on pouvait constater des infiltrations diffuses de cellules embryonnaires, mais à vitalité inégale, et mélangées d'infiltration hématique, ainsi que je l'ai décrit à propos du lupus érythémateux vrai.

Dans un grand nombre de cas, cette infiltration diffuse, quoique profonde, ne renfermait pas de cellules géantes. Tout au moins celles-ci étaient-elles excessivement rares, si bien que cette absence totale de cellules géantes venait encore accroître l'analogie apparente existant au point de vue histologique entre le lupus érythémateux et le lupus vulgaire érythématoïde.

Mais un examen suffisant permettait en général de constater l'existence de quelques cellules géantes très rares, très peu nombreuses d'ordinaire, mais n'existant pas moins, ce qui est d'une importance majeure au point de vue du diagnostic d'avec le lupus érythémateux vrai. D'ailleurs le nombre de ces cellules géantes est excessivement variable suivant les cas et même suivant les coupes provenant d'un même lambeau cutané excisé. C'est ainsi que dans un certain nombre de cas et sur un certain nombre de coupes, j'ai pu observer des cellules géantes au nombre de 3, 5, et même 17, alors que sur d'autre coupes provenant de ce même morceau, je ne constatais que l'infiltration diffuse et l'absence totale de cellules géantes.

Quelle que soit la valeur que l'on attache aux cellules géantes dans le diagnostic différentiel de la tuberculose, il n'en est pas moins certain que leur existence dans le lupus vulgaire érythématoïde présente une certaine importance.

Chez certains malades ou au niveau de certaines coupes provenant d'un sujet chez lequel l'examen histologique n'avait permis de constater que l'infiltration diffuse plus ou moins profonde avec inégalité de vitalité des cellules embryonnaires et infiltration hémorrhagique comme dans le lupus érythémateux, j'ai pu souvent constater, sur des coupes pratiquées en série, une tendance à la nodulation de l'infiltration lupomateuse et à la formation de lupômes miliaires et nodulaires présentant alors, pris individuellement, tous les caractères des lupômes du lupus vulgaire, mais remarquables par leur situation superficielle.

D'ailleurs, il arrive fréquemment que sur la même coupe l'on trouve en un point une infiltration diffuse constituée par des cellules embryonnaires à vitalité plus ou moins égale, présentant en quelques points des infiltrations hémorrhagiques, infiltration diffuse au niveau de laquelle l'on peut constater des cellules géantes plus ou moins nombreuses, lesquelles d'ailleurs peuvent faire totalement défaut.

Au voisinage de cette infiltration diffuse, l'on trouve disséminés dans le derme, de petits foyers lupeux, depuis les foyers les plus microscopiques constitués seulement par le groupement d'une dizaine de cellules embryonnaires, jusqu'aux foyers plus volumineux, nodulaires, présentant parfois au centre une cellule géante, enfin jusqu'aux gros foyers histologiques presque visibles à l'œil nu.

Ainsi donc, nous voyons que chez les différents malades ou sur les préparations provenant de différents lambeaux cutanés excisés chez le même malade ou sur les différentes coupes provenant d'un même nodule ou enfin sur les différents points d'une même coupe, l'on trouve mélangées les lésions du lupus érythémateux avec celles du lupus vulgaire classique.

J'ajoute que dans certains cas, on peut également observer ces dilatations vasculaires avec altération des parois des vaisseaux capillaires et ces altérations glandulaires, que j'ai décrites en 1882, en collaboration avec E. Vidal, à propos du lupus érythémateux vrai.

Notons enfin que dans le lupus vulgaire érythématoïde, comme dans le lupus vulgaire classique, l'on observe presque constamment ces traînées de cellules embryonnaires, se faisant dans les espaces lymphatiques situés entre les faisceaux du tissu conjonctif, et qui contituent de véritables lymphangites réticulaires spécifiques sur lesquelles j'ai insisté dans mon mémoire sur le lupus vulgaire et le système lymphatique.

Quant aux lésions épidermiques, elles présentent la plus grande analogie avec celles que l'on observe au niveau du lupus non exedens (surtout lorsque celui-ci en est arrivé à la période de résorption interstitielle) ou au niveau du lupus érythémateux.

C'est-à-dire que les lésions épidermiques sont ici des lésions d'atrophie épidermique, telles que je les ai décrites à propos du lupus érythémateux, et telles que je les ai étudiées avec E. Vidal, à propos du lupus vulgaire non exe dens.

Les lésions qui correspondent à des altérations exsudatives se produisant dans l'épiderme (formation de phlyctènes, vésicules, pustules, etc.), en un mot les processus d'altération cavitaire et de phlycténisation font défaut dans le lupus vulgaire érythématoïde.

Dans la variété de lupus vulgaire érythématoïde que j'ai désignée sous le nom de lupus vulgaire scléreux érythématoïde et que nous avons étudiée plus haut au point de vue symptomatologique, on retrouve des lésions histologiques semblables à celles que nous venons de décrire, mais en différant néanmoins par la transformation scléreuse d'une partie plus ou moins notable de l'infiltration lupomateuse.

Dans quatre cas de lupus vulgaire érythématoïde de la peau et dans deux cas de lupus vulgaire érythématoïde des muqueuses (lèvre supérieure), j'ai trouvé de très rares bacilles dans les coupes histologiques colorées au moyen du procédé de Ehrlich; pour le lupus de la peau, dans un cas, 2 bacilles sur 20 coupes, dans un autre cas 1 bacille sur 18 coupes, dans un troisième cas 12 bacilles sur 25 coupes;

enfin dans un quatrième cas de lupus vulgaire érythématoïde que j'ai examiné, je n'ai pu trouver de bacilles.

Dans les deux cas de lupus des muqueuses dont il m'a été donné de pratiquer l'examen histologique, j'ai trouvé 3 bacilles sur 25 coupes dans un cas, et 2 bacilles sur 20 coupes dans l'autre cas.

J'ai inoculé 4 cas de lupus vulgaire érythématoïde de la peau et 2 cas de lupus vulgaire érythématoïde des muqueuses.

Toutes ces inoculations ont été positives. Les cobayes inoculés sont devenus tuberculeux et ont donné lieu à des inoculations tuberculeuses en série.

3° *Lupus vulgaire colloïde.* (Voir Planche XII, *Fig.* 6 et 7.)

Lorsqu'on pratique des coupes dans les nodules du lupus colloïde, on constate qu'ils sont constitués par des blocs colorés en jaune orange par le picro-carmin, d'apparence vitreuse, et présentant les caractères de la dégénérescence colloïde. Ces blocs ne sont autre chose que les parties centrales des follicules lupeux. Ils tranchent par leur aspect jaune vitreux sur les manchons ou amas de cellules embryonnaires bien nettes et fortement colorées par le carmin qui les entourent.

Ils renferment le plus souvent une ou plusieurs cellules géantes très peu apparentes, mais parfaitement reconnaissables, dans lesquelles ou au voisinage desquelles on peut parfois, mais après de longues recherches portant sur un grand nombre de coupes histologiques, rencontrer de rares bacilles tuberculeux. Ces nodules lupeux sont presque totalement dépourvus de vaisseaux sanguins.

Les nombreuses inoculations expérimentales que j'ai faites avec des parcelles de ces nodules lupeux, mes recherches bactériologiques, m'ont démontré que cette variété de lupus n'est autre chose qu'une variété peu virulente de la tuberculose tégumentaire.

Cette variété est au lupus vulgaire classique ce que la tuberculose colloïde du poumon, décrite par Grancher, est à la tuberculose vulgaire de cet organe.

4° *Lupus vulgaire myxomateux* (Voir Planche XII, *Fig.* 1 et 5 et Planche X, *Fig.* 6.)

Dans cette variété, l'infiltrat lupeux est plutôt diffus. Les cellules embryonnaires qui le constituent sont disséminées irrégulièrement et d'une façon relativement peu dense dans le derme. Le tissu conjonctif dermique est profondément altéré. Il a perdu sa structure fasciculée et présente plutôt l'aspect d'une substance demi-molle, un peu grenue, d'apparence gélatiniforme. Les fibres élastiques ont presque totalement disparu. Ce n'est qu'avec peine que l'on retrouve en certains endroits des vestiges du tissu conjonctif dermique. En ces points, l'on peut observer souvent une dégénérescence muqueuse des cellules plates du tissu con-

jonctif. Sur les coupes colorées au picro-carmin, les cellules embryonnaires qui constituent l'infiltrat lupeux diffus, tranchent par leur coloration rouge sur le tissu dermique altéré et coloré en jaune. On dirait un pointillé rouge sur une masse gélatiniforme jaunâtre. Quelques-unes de ces cellules embryonnaires ont elles-mêmes subi la dégénérescence muqueuse. Elles se réunissent parfois pour former de petits nodules composés de quatre à huit cellules. Elles ont de la tendance à se grouper autour des vaisseaux sanguins dilatés qui abondent dans ce tissu lupeux. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles forment de gros amas, de gros nodules constituant le follicule lupeux caractéristique.

Il existe parfois à la surface de ces tubercules lupeux, surtout quand ils sont assez volumineux, de petits points qui tranchent par leur couleur plus pâle ou plus transparente sur le reste du tubercule, et qui ne sont autre chose que de petits kystes renfermant une substance muqueuse.

Dans ces très-rares follicules lupeux, il est encore plus exceptionnel de rencontrer des cellules géantes. Il faut un grand nombre de coupes pour en trouver une ou deux. La recherche des bacilles est des plus difficiles dans cette variété de lupus. Le plus souvent on n'en trouve pas. Il m'a fallu plusieurs fois pratiquer jusqu'à soixante coupes en série avant d'en trouver un ou deux. Ces bacilles se trouvent toujours dans les cellules géantes ou dans leur voisinage.

Contrairement à la variété précédente, ces tubercules lupeux sont parcourus par de nombreux vaisseaux sanguins, souvent dilatés. Il existe parfois aussi des hémorrhagies interstitielles qui se mélangent dans certains cas à la matière muqueuse des pseudo-kystes. Ceux-ci ne sont pas tapissés par un épithélium, des lambeaux fibrineux sont quelquefois accolés à leurs parois.

Les inoculations expérimentales que j'ai faites avec des parcelles de ces nodules lupeux, mes recherches bactériologiques, m'ont démontré que cette forme atypique du lupus vulgaire n'était autre chose qu'une variété peu virulente de la tuberculose tégumentaire. C'est une variété mucoïde ou mieux myxomateuse du lupus vulgaire.

C. — Anatomie pathologique des complications du lupus.

Après tout ce que nous avons dit de ces complications tant dans le chapitre intitulé : Complications du lupus, que dans l'histologie pathologique du lupus en général, il ne nous reste plus à étudier que : Les lésions du système lymphatique et le lupus compliqué d'épithéliome.

Nous avons étudié plus haut les lésions histologiques des hybrides lupomateux et syphilomateux.

LÉSIONS HISTOLOGIQUES DES ALTÉRATIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE SECONDAIRES AU LUPUS

Nous avons vu à propos de l'histologie pathologique générale du lupus que les vaisseaux lymphatiques sont dilatés, entourés de manchons de cellules embryonnaires, d'une infiltration lupomateuse plus ou moins diffuse et que c'est surtout le long des vaisseaux lymphatiques que se propage l'infection lupeuse.

Il existe donc de véritables lymphangites lupeuses, comme nous l'avons vu plus haut. L'endothélium des lymphatiques prolifère dans certains cas et l'on voit parfois, outre l'épaississement et l'infiltration embryonnaire des parois du vaisseau lymphatique, celui-ci être oblitéré par un réticulum et des masses vitro-caséeuses.

En somme, la lymphangite et la périlymphangite sont fréquemment constatables. La périlymphangite est souvent très nettement lupeuse, comme l'indiquent les follicules lupeux très-caractéristiques avec bacilles, que l'on observe assez souvent autour des lymphatiques.

La périlymphangite est donc très importante, car elle explique le processus de diffusion excentrique et d'envahissement progressif des tissus par l'infiltrat scrofulo-tuberculeux ; elle explique aussi comment, dans le lupus des membres par exemple, les nodules lymphangitiques situés le long du trajet des lymphatiques deviennent en grossissant, ainsi que nous l'avons vu à propos des complications du lupus, des gommes scrofulo-tuberculeuses et plus rarement des nodules lupeux. La lymphangite elle-même, et les lésions intra-vasculaires qui en sont la conséquence, jouent évidemment un certain rôle dans la production des œdèmes lymphangitiques qui viennent souvent compliquer le lupus et qui peuvent aboutir à la production de l'œdème dur éléphantiasique, surtout au niveau des membres inférieurs.

Je n'ai jamais observé de bacilles de la tuberculose dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques, mais j'ai assez fréquemment trouvé dans l'intérieur de ceux-ci des microbes de la suppuration. En revanche j'ai assez souvent trouvé, mais toujours en très petit nombre il est vrai, des bacilles de la tuberculose au milieu des cellules épithélioïdes ou embryonnaires situées au voisinage des espaces lymphatiques dilatés (Voir Planche X, *Fig.* 10) ou dans les nodules lupeux péri-lymphangitiques.

Mais ces bacilles étaient toujours excessivement peu nombreux et il fallait pratiquer un très grand nombre de coupes pour arriver à en découvrir un ou deux, trois ou quatre au plus.

Nous avons vu plus haut qu'il m'a été donné un assez grand nombre de fois de constater des bacilles de la tuberculose dans les ganglions lymphatiques où aboutissent les vaisseaux lymphatiques partant d'un foyer lupeux.

J'ai en outre démontré, comme on l'a vu à la page 183, que dans ces cas l'inoculation de ces ganglions lymphatiques donnait lieu chez l'animal à de belles tuberculoses inoculables en série. La lymphangite lupeuse peut donc aboutir à l'in-

fection scrofulo-tuberculeuse des ganglions où aboutissent les vaisseaux lymphatiques partant du foyer lupeux, comme je l'ai montré en 1889.

Il nous reste à dire quelques mots de l'histologie pathologique de l'œdème dur éléphantiasiforme qui vient parfois compliquer le lupus, en particulier le lupus des membres inférieurs et que nous avons étudié plus haut dans les complications sous le nom de pseudo-éléphantiasis lupeux.

J'ai eu l'occasion d'examiner plusieurs cas de pseudo-éléphantiasis lupeux et, de même que Doutrelepont et son élève Hahn, j'ai pu constater les lésions histologiques suivantes :

L'épiderme est très épaissi. Au niveau des endroits papillomateux, la couche granuleuse est très accentuée. Il existe souvent des bandes colorées en rouge, par le carmin, dans la couche cornée. Le corps de Malpighi est très épaissi et ses prolongements interpapillaires sont très accentués. Au niveau des ulcérations l'épiderme a disparu.

Mais ce sont surtout les ulcérations du derme qui sont caractéristiques. Le derme est épaissi d'une façon extraordinaire. Les papilles sont plus ou moins hypertrophiées et infiltrées de cellules embryonnaires. Au niveau des ulcérations, plus on se rapproche de la surface de celles-ci, plus l'infiltration des cellules embryonnaires est abondante.

Le derme est constitué, comme dans l'éléphantiasis nostras, par des faisceaux conjonctifs dirigés en tous sens et entre-croisés, lesquels en certains points possèdent encore des noyaux bien colorables par le carmin. Mais la plupart de ces faisceaux présentent une sorte d'aspect homogène indistinct; il semble qu'ils aient subi une sorte de dégénérescence colloïde ou vitreuse. Ils ne se colorent pas par le carmin et l'on ne trouve pas à leur niveau de noyau colorable par ce réactif.

J'ai dans quelques cas, sur les coupes colorées au moyen du violet de méthylaniline, constaté une coloration rosée très nette de ces faisceaux, coloration qui se retrouve encore dans la paroi de certaines glandes sudoripares et de certains vaisseaux. Il semble donc, comme l'a justement fait remarquer Mathieu, que le derme subisse une sorte de dégénérescence amyloïde.

Entre les faisceaux du tissu conjonctif se trouve une grande quantité de fentes et vaisseaux lymphatiques dilatés, largement béants et pour la plupart vides. C'est surtout dans les parties profondes du derme que ces dilatations lymphatiques sont accentuées.

Les parois des vaisseaux sont très épaissies. Il existe une périartérite et une périphlébite accentuées, accompagnées parfois de lésions de l'endothélium vasculaire. On peut observer aussi une périnévrite très prononcée analogue à celle que Cornil a décrite dans l'éléphantiasis nostras vulgaire.

Les glandes sudoripares sont envahies par une infiltration cellulaire abondante et la plupart d'entre elles finissent par s'atrophier et disparaître.

Les glandes pilo-sébacées ont disparu. L'on trouve autour des vaisseaux et des glandes sudoripares une infiltration abondante de cellules embryonnaires. En

outre, comme l'ont fait observer Doutrelepont et Hahn, il existe au niveau de cette infiltration, et d'ailleurs dans tous les points de la coupe, un grand nombre de mastzellen.

Au milieu de ces faisceaux de tissu conjonctif, surtout dans les régions profondes du derme, mais aussi dans les couches moyennes et supérieures de celui-ci, l'on trouve un assez grand nombre de nodules lupeux caractéristiques, avec leurs manchons de cellules embryonnaires renfermant des cellules épithélioïdes et des cellules géantes.

Dans quelques cas, ces cellules géantes étaient très abondantes et très caractérisées. Comme d'ordinaire, le tissu conjonctif a disparu au niveau de l'infiltration lupeuse.

J'ai trouvé plusieurs fois dans l'intérieur de ces cellules ou à leur voisinage 1, 2 et même une fois 3 bacilles de la tuberculose.

Au niveau des régions végétantes de ce pseudo-éléphantiasis, l'on constate une hypertrophie énorme des prolongements épithéliaux interpapillaires, une infiltration considérable de tout le derme par des cellules embryonnaires et une quantité considérable de mastzellen.

Cette infiltration de cellules embryonnaires renferme des follicules lupeux plus ou moins abondants et plus ou moins caractéristiques, dans lesquels on peut arriver parfois à trouver des bacilles de la tuberculose.

L'hypoderme est également épaissi d'une façon extraordinaire. L'on peut constater son envahissement par l'infiltrat lupeux qui suit les glandes sudoripares, les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les travées du tissu conjonctif de l'hypoderme sont épaissies; les cellules adipeuses disparaissent. La sclérose et l'envahissement fibreux, en un mot toutes les lésions de l'œdème dur, telles qu'elles ont été décrites par Renaut (de Lyon) et par Cornil, gagnent peu à peu l'hypoderme.

L'infiltration lupeuse, pénétrant encore davantage dans la profondeur, peut envahir les aponévroses, les muscles, le périoste, le périchondre, les os et les cartilages au niveau desquels, outre une infiltration plus ou moins diffuse, l'on pourra quelquefois trouver des follicules lupeux caractéristiques renfermant de rares bacilles tuberculeux.

Ainsi que je l'ai dit en 1885 dans mes cliniques, j'ai, pour préciser la nature du pseudo-éléphantiasis lupeux, inoculé à des animaux des parcelles de ce tissu éléphantiasique renfermant des lupômes. Ces inoculations m'ont donné des résultats positifs (tuberculoses en série par inoculation intra-péritonéale chez le cobaye).

LUPUS ET ÉPITHÉLIOME.

Nous avons étudié plus haut la symptomatologie du lupus compliqué d'épithéliome.

L'anatomie pathologique de cette complication a été faite avec soin par les auteurs que nous avons cités à ce propos.

L'étude histologique de cette complication montre bien qu'il ne s'agit pas ici d'une forme spéciale de lupus (comme l'ont soutenu Orth en 1875 et quelques dermatologistes américains en 1883), mais bien d'un épithéliome développé sur une tuberculose locale avec laquelle il se mélange quelquefois pour produire une sorte de tissu hybride, de même que l'on voit l'épithéliome se mélanger au syphilôme.

Lorsque l'on pratique des coupes de lupus compliqué d'épithéliome, on constate qu'au niveau de la tumeur épithéliomateuse, le corps de Malpighi est épaissi fortement et que ses prolongements interpapillaires ont subi une hypertrophie notable. Un grand nombre des cellules malpighiennes présentent les signes de l'altération cavitaire au début et il existe dans le corps de Malpighi une assez grande quantité de cellules migratrices. Plus on se rapproche du centre de la tumeur, plus les prolongements interpapillaires du corps de Malpighi augmentent de volume. Ils s'accroissent dans toutes les dimensions et se ramifient. (Voir Planche XIV, *Fig.* 3).

Ainsi se forment des masses d'épithélioma lobulé plus ou moins ramifiées, dichotomisées, ou anastomosées les unes aux autres, qui peu à peu envahissent le tissu fibreux infiltré par les lupômes. Cet épithéliome renferme un nombre plus ou moins grand de globes épidermiques bien caractéristiques.

En quelques points (Voir Planche XIV, *Fig.* 4,) l'on voit avec la plus grande netteté comment les prolongements ténus, minces et divisés de l'épithéliome envahissant le derme sous forme de bandes épithéliomateuses longues et minces, constituées par deux rangées et même par une seule rangée de cellules epithéliales, se mettent en contact avec l'infiltrat lupeux avec lequel en certains points (Voir Planche XIV, *Fig.* 4) ils présentent les rapports les plus intimes. Il est alors parfois bien difficile de distinguer les cellules épithéliales du cancer d'avec les cellules épithélioïdes de l'infiltrat lupeux.

Mais les faits que j'ai observés ne m'autorisent pas cependant à affirmer d'une façon certaine, comme l'a fait Mibelli, que les cellules lupeuses peuvent se transformer en cellules épithéliomateuses, que c'est aux dépens du lupus que se développerait l'épithéliome.

Jusqu'ici en effet, pas plus que Lang, Kaposi, Pick et ses élèves Winternitz et Richter, je n'ai vu les éléments lupeux se transformer en tissu épithéliomateux. Il faut en effet avoir soin de ne pas prendre pour des cellules malpighiennes les cellules épithélioïdes des lupômes.

Ainsi donc, nous voyons que cet épithéliome est un épithéliome lobulé qui paraît se développer sur le lupus aux dépens du corps de Malpighi, comme se développent l'épithéliome primitif de la peau, l'épithéliome des cicatrices, l'épithéliome des lésions banales antérieures, des nævi, par exemple.

Ce sont donc le corps de Malpighi et en particulier ses prolongements interpapillaires qui doivent être considérés comme le point de départ ordinaire du lupus compliqué d'épithéliome. Cependant il est possible que, dans des cas très rares, les glandes pilo-sébacées et sudoripares puissent également (je n'oserais toutefois pas l'affirmer d'une façon absolue) être le point de départ de l'épithéliome.

Il me paraît prouvé que, exceptionnellement, ces glandes peuvent être également des centres de prolifération épithéliale donnant naissance à des bourgeons épithéliaux.

J'ai publié dans la thèse de M. Bidault en 1886 la relation histologique de deux cas de lupus compliqués d'épithéliome, avec planches à l'appui, où l'épithéliome provenait évidemment en partie, des glandes pilo-sébacées.

Pick et Winternitz ont noté aussi une tendance à la prolifération des cellules des glandes sudoripares. Enfin Kaposi avait signalé déjà des prolongements épithéliaux formés par les cellules des glandes sudoripares et des gaines de la racine des poils, allant à la rencontre des bourgeons du corps muqueux.

Dans la zone d'envahissement on voit que le tissu fibreux infiltré de nodules lupeux est refoulé par le néoplasme. Ainsi que je l'ai fait remarquer dans la thèse de M. Bidault, l'infiltrat lupeux fuit en quelque sorte devant la marche envahissante de l'épithéliome.

On constate en outre, souvent, qu'il n'y a pas seulement simple juxtaposition des deux maladies, mais une véritable intrication des éléments morbides ; des îlots épithéliaux étant entourés par l'infiltrat lupeux et réciproquement, ainsi que l'ont bien montré Weber et Lang.

Nous avons vu que tous les histologistes, sauf Mibelli, admettent que les éléments du lupus ne se transforment pas directement en éléments cancéreux. Comme je l'ai montré aux pages 52, 53 et suivantes de la thèse de M. Bidault, il ne s'agit pas ici d'une transformation de tissus, mais bien d'une substitution d'un tissu pathologique à un autre tissu également pathologique.

Dans le lupus compliqué d'épithéliome en effet, l'épithéliome n'est pas englobé dans du tissu fibreux, comme céla se voit dans l'épithéliome ordinaire. Partout au contraire il est limité par le derme infiltré, ou bien il est en rapport avec les cellules embryonnaires qui constituent le lupus.

Épithéliome et lupus sont donc pour ainsi dire en contact immédiat. On voit (Voir PLANCHE XIV, *Fig.* 4) les bourgeons éphithéliaux s'enfoncer dans le derme et se substituer aux éléments lupeux qui s'atrophient et disparaissent devant eux, résorbés molécule par molécule.

Ainsi donc, comme je le disais dans la thèse de M. Bidault, l'épithéliome refoule le tissu lupeux et se substitue à lui. Il y a donc ici une double substitution, d'abord celle du tissu lupeux au tissu normal et consécutivement celle des éléments épithéliaux aux éléments lupeux.

Ce fait que les lobules épithéliomateux ne sont pas encapsulés par du tissu fibreux, mais bien par un tissu mou et riche en sucs, le tissu lupeux, nous explique comment il se fait que la masse épithéliomateuse s'accroît en général rapidement, le tissu lupeux n'opposant qu'une résistance minime à l'envahissement épithéliomateux (H. Leloir, *in* thèse de Bidault). Dans plusieurs cas de lupus compliqués d'épithéliome que j'ai examinés, les nerfs pas plus que les vaisseaux n'étaient altérés.

Pourquoi et comment certains lupus se compliquent-ils d'épithéliome, tandis que d'autres ne sont jamais envahis par ce mal?

Il est bien difficile de répondre à cette question. On peut remarquer tout d'abord que dans le lupus, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il y a d'ordinaire tendance à l'hypertrophie du corps de Malpighi et de ses prolongements interpapillaires. Cette hypertrophie atteint son maximum dans le lupus papillomateux, dans le lupus scléreux papillomateux et dans cette variété de lupus si voisine des précédentes que Busch, puis Schutz, ont décrite sous le nom de lupus épithéliomatoïde.

Mais, même dans ces cas si accentués d'hypertrophie épithéliale que l'on rencontre dans les lupus scléreux, papillomateux, épithéliomatoïdes (Voir PLANCHE IX, *Fig.* 6), l'hypertrophie épithéliale n'aboutit jamais à la production d'un épithéliome. La tumeur épithéliale demeure toujours bénigne, elle ne devient jamais maligne. Elle est, comme je l'ai fait remarquer à la page 42 de la thèse de M. Bidault, au lupus compliqué d'épithéliome, ce que le papillôme vulgaire de la peau est au cancer épithélial de celle-ci.

Remarquons en outre que ces lupus papillomateux, épithéliomatoïdes peuvent persister de longues années, sans aboutir à l'épithéliome.

Notons d'autre part que l'épithéliome se complique assez souvent de vieux lupus saillants, papillomateux, et nous en conclurons que, si l'hypertrophie malpighienne, fréquente dans le lupus, prédispose peut-être à l'envahissement épithéliomateux, il est loin d'être prouvé cependant que c'est à cette cause seule que l'on doit attribuer l'épithéliome.

Il y a évidemment là autre chose que ne peut expliquer la théorie de la prédisposition par hypertrophie malpighienne antérieure. Cette autre chose, nous ne la connaissons pas, nous ne pouvons que la pressentir. Mais, remarquant que l'épithéliome se développe en général sur les vieux lupus, nous pourrions nous demander si la théorie virulente, inoculable, du cancer, n'expliquera pas un jour comment il se fait que l'épithéliome se développe sur certains lupus.

Une dernière remarque pour terminer : Il semble que dans certains cas l'épithéliome peut exister d'une façon évidente à l'état histologique et passer néanmoins inaperçu cliniquement. C'est ainsi que j'ai été tout étonné de trouver, chez une malade de mon service atteinte d'un énorme épithéliome de la joue gauche développé au niveau d'un lupus ancien (Voir PLANCHE VIII, *Fig.* 1 et 2), un épithéliome microscopique avec globes épidermiques, etc., en examinant une parcelle du tissu lupeux de la joue droite (Voir PLANCHE XIV, *Fig.* 5) où cliniquement il était impossible de soupçonner l'existence du moindre épithéliome

---

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR L'INOCULATION DES PRODUITS SCROFULO-TUBERCULEUX

ET EN PARTICULIER DU LUPUS VULGAIRE

C'est à la pathologie expérimentale que nous devons la première démonstration péremptoire de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire. Cette nature tuberculeuse que les recherches cliniques et anatomo-pathologiques de Besnier, Volkmann, Friedländer, Köster, Leloir, Cornil, Renaut etc., faisaient soupçonner sans l'établir d'une façon absolue, fut démontrée d'une façon ferme par les inoculations pratiquées chez les animaux.

Plus tard (grâce à la découverte du bacille de la tuberculose par Koch) les recherches bactériologiques de Demme, puis de Koch, de Doutrelepont, de Pfeiffer, Krause et Schuchard, Cornil et Leloir, Lachmann, Köbner, Neisser, Pick, Bender, Unna, etc., vinrent, en montrant qu'il existe dans le lupus des bacilles de la tuberculose, ajouter à la preuve expérimentale la preuve bactériologique.

Mais, je le répète, c'est grâce d'abord à la pathologie expérimentale qu'a pu être réduite à néant l'opinion des médecins (Hardy, Vidal, Brocq, Kaposi, Schwimmer, etc.) qui niaient d'une façon complète la nature tuberculeuse du lupus. Plusieurs d'entre ces médecins (Vidal, Brocq) avec un esprit scientifique dont on ne saurait trop les louer, tendent depuis peu à revenir sur leur première opinion et à admettre la nature tuberculeuse du lupus qu'ils avaient si longtemps niée dans leurs travaux.

L'histoire des recherches expérimentales faites dans le but de déterminer la nature exacte du lupus vulgaire est intéressante et instructive tant au point de vue de la pathologie générale qu'au point de vue de la pathologie spéciale.

Les magnifiques expériences de Villemin et de ses successeurs ayant depuis

longtemps démontré l'inoculabilité de la tuberculose, si le lupus est de nature tuberculeuse, il doit, inoculé dans de bonnes conditions expérimentales, reproduire la tuberculose.

Ces inoculations (pratiquées sous la peau des animaux avec des parcelles insuffisantes de tissu pathologique) semblèrent d'abord donner raison aux médecins qui niaient la nature tuberculeuse spécifique du lupus. H. Leloir (1879), Kiener (1881), Vidal (1881), Colomiatti, Valdenburg, Conheim et Fränkel, Hueter, Auspitz, Pick (1882), etc., etc., n'obtiennent que des résultats négatifs ou si peu nets, que l'on ne peut en tirer aucune conclusion valable. Les expériences de Schüller (1881) (injections de lupus broyé dans la trachée des animaux) sont entachées de trop de causes d'erreur et trop peu précises pour que l'on puisse s'appuyer sur elles.

Il fallait appliquer au lupus la méthode des inoculations en série, telle que l'a déterminée Hippolyte Martin pour la tuberculose en général. Il fallait en outre se mettre en garde contre les pseudo-tuberculoses expérimentales de Conheim et Fränkel, Valdenburg, Hippolyte Martin, etc. Enfin et surtout, il fallait se placer dans de bonnes conditions expérimentales (ce qui avait été trop négligé antérieurement). C'est ce que je fis en 1881, modifiant entièrement ma technique de 1878-1879 (H. Leloir, *Recherches sur l'inoculation du lupus. Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1882). Dès lors avec cette technique perfectionnée, les résultats obtenus changent complètement.

Les inoculations de lupus me donnent le plus souvent des résultats positifs (inoculations dans le péritoine du cobaye, dans la chambre antérieure de l'œil du lapin).

Dans les travaux que j'ai publiés sur ce sujet en 1883 et 1884, soit seul, soit en collaboration avec V. Cornil (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, juillet 1883. *Archives de Physiologie*, avril 1884), je suis amené par mes recherches à considérer le lupus comme une tuberculose atténuée du tégument. Ces résultats sont confirmés et vérifiés ultérieurement par Doutrelepont, Koch, Hippolyte Martin, etc., etc.

En août 1884, je démontre, dans la thèse du Dr Renouard, puis au Congrès international des sciences médicales de Copenhague, que l'on peut, en inoculant des parcelles de lupus, produire à volonté chez l'animal en expérience une tuberculose soit locale, soit générale (ma méthode des inoculations dermo-épiploïques, inoculations intra-péritonéales), et je prouve expérimentalement que le lupus est une des variétés de la tuberculose du tégument.

Depuis lors le résultat de mes recherches est vérifié par un grand nombre de médecins. Je ne cesse pas pour cela de pratiquer des inoculations expérimentales, de perfectionner ma technique, et il n'est pas de mois où je ne montre à mes élèves des animaux que j'ai rendus tuberculeux en les inoculant avec des produits lupeux recueillis sur les malades de mon service.

Grâce aux perfectionnements apportés dans ma méthode depuis 1884 (inoculations de gros morceaux de lupus, sacrifice tardif d'une partie des animaux inoculés, etc., etc.), je puis dire dans les travaux nouveaux que j'ai publiés sur ce

sujet, que presque toutes mes inoculations me donnent des résultats positifs, que les résultats négatifs sont absolument exceptionnels.

Je démontre que certaines variétés atypiques de lupus vulgaire à savoir : le lupus colloïde, le lupus myxomateux, le lupus scléreux, le lupus vulgaire érythématoïde ne sont autre chose, de même que le lupus vulgaire classique, que des tuberculoses peu virulentes du tégument.

J'étudie le lupus des muqueuses et en particulier le lupus de la langue, et je constate qu'ici encore le lupus doit être considéré comme une tuberculose peu virulente du tégument (H. Leloir, *Lupus de la langue*, *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1889; H. Leloir, *Lupus de la langue*, *Annales de Dermatologie*, 1889). C'est encore à la méthode des inoculations expérimentales surtout, que je dois d'avoir pu démontrer que, contrairement à ce qu'ont écrit Hebra et d'autres auteurs, un grand nombre d'adénopathies qui sont en relation directe avec le foyer lupeux, ne sont pas des adénopathies inflammatoires simples ou autres, sans relation aucune avec le virus renfermé dans le foyer lupeux, mais bien des adénopathies tuberculeuses secondaires. Ce sont des adénopathies scrofulo-tuberculeuses, provenant de l'envahissement du ganglion par le virus scrofulo-tuberculeux, puisé dans le foyer lupeux, que lui amènent les lymphatiques partant de la région atteinte (H. Leloir, *Lupus et système lymphatique*, Comptes rendus de l'Institut, 1890).

Il nous faut maintenant aborder l'étude des inoculations expérimentales dans leur côté technique.

A. Technique des inoculations.

Le choix de l'animal et de la région, la technique opératoire, ont, comme je l'ai de nouveau fait remarquer au Congrès de la tuberculose (H. Leloir, *Technique expérimentale des inoculations de tuberculose atténuée et en particulier du lupus*, Comptes rendus du Congrès de la tuberculose 1888), une grande importance au point de vue de la compréhension des résultats obtenus en inoculant des produits scrofulo-tuberculeux.

1° *Choix de l'animal.*

Lors de mes premières inoculations de lupus en 1878-79, j'ai essayé d'inoculer le lupus à diverses espèces d'animaux : le lapin, le cobaye, le rat, le chien, le chat, voire même un singe. Chez aucun de ces animaux, je ne suis arrivé, en 1878-79, à obtenir la tuberculose par inoculation du lupus, car j'inoculais sous la peau. Plus tard, en 1880, 1881, 1882, les seuls animaux que j'employais furent le lapin et le cobaye. C'est en inoculant le lupus dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, dans le péritoine du cobaye, modifiant ainsi ma technique antérieure, qu'à partir de 1881, j'obtins des inoculations positives.

En résumé, quand on veut être fixé sur la nature d'un produit qu'on soupçonne être scrofulo-tuberculeux, il faut employer le lapin ou le cobaye.

Mais le cobaye me semble beaucoup préférable au lapin, car il coûte moins cher en général et la technique de l'inoculation (intra-péritonéale) est chez cet animal beaucoup plus facile que celle que l'on doit employer chez le lapin (inoculation dans la chambre antérieure de l'œil), pour obtenir des résultats positifs.

2° *Age de l'animal.*

L'on choisira de préférence des animaux jeunes, car les animaux jeunes réagissent mieux et plus vite que les animaux âgés. On prendra autant que possible des cobayes et des lapins de 4 à 5 mois.

3° *Région où l'on doit inoculer.*

Jusqu'en 1881, j'inoculais le lupus dans l'hypoderme du pli inguinal du lapin et du cobaye. Cette technique défectueuse me donna toujours des résultats négatifs.

Des fragments de lupus insérés sous la peau, disparaissaient sans laisser de traces ou donnaient lieu à une sorte de petit abcès caséeux enkysté, qui finissait par se résorber sans déterminer de tuberculose locale ou générale. A ce moment j'ai cru que le lupus n'était pas de la tuberculose.

La peau et l'hypoderme constituent donc des milieux de culture absolument défavorables au développement des tuberculoses peu virulentes, de la scrofulo-tuberculose.

L'inoculation dermo-hypodermique doit donc être rejetée. Ce n'est que dans quelques cas très exceptionnels, 2 fois chez 2 jeunes lapins, et 2 fois chez le cobaye que j'ai ultérieurement réussi à produire une tuberculose d'abord locale (sorte de gomme scrofulo-tuberculeuse) aboutissant ensuite à une tuberculose généralisée.

Nous verrons plus loin les conditions particulières qui ont pu avoir une influence sur ces inoculations dermo-hypodermiques positives et tout à fait exceptionnelles.

Le chambre antérieure de l'œil du lapin constitue un bon milieu de culture. Mais cette inoculation est difficile à faire; en outre il arrive quelquefois que l'introduction de microbes étrangers détermine la fonte purulente de l'œil.

Le grand avantage de cette méthode est qu'on voit la tuberculose de l'iris qui se montre assez rapidement au bout de 8 à 25 jours environ.

L'inoculation dans le péritoine du cobaye constitue pour moi le procédé de

choix, comme je l'ai dit en 1882 (H. Leloir. *Recherches sur l'inoculation du lupus. Comptes rendus de la Société de Biologie*).

Un hasard d'expérimentation m'a fourni en 1883 une méthode mixte que j'ai désignée sous le nom de méthode *hypodermo-épiploïque*. (H. Leloir. *Recherches sur la nature du lupus vulgaire. — Congrès international des sciences médicales. Copenhague.* 1884.) Ayant inoculé dans le péritoine deux cobayes et mes sutures ayant été mal faites, le nodule lupeux sortit du péritoine et se plaça dans l'hypoderme entraînant une lame d'épiploon. Je laissai les choses en état et j'obtins une gomme scrofulo-tuberculeuse de l'hypoderme laquelle s'ulcéra.

Guidé par ce hasard, j'introduisis chez une série d'autres cobayes des fragments de lupus dans l'hypoderme de la paroi abdominale, en leur accolant un lambeau de l'épiploon de l'animal. J'obtins ainsi des gommes scrofulo-tuberculeuses, des sortes de chancres tuberculeux aboutissant plus tard à la tuberculose généralisée.

Je pense que, si je réussis ainsi à faire prendre assez souvent des morceaux de lupus inoculés sous la peau, cela tient à ce que je leur ai donné le moyen de vivre dans l'hypoderme, milieu où ils se nécrosent rapidement. J'y suis arrivé en permettant au morceau de lupus et aux tissus ambiants de recevoir un renfort de vascularisation par l'intermédiaire des vaisseaux de nouvelle formation provenant du lambeau d'épiploon hernié.

En raison de sa vascularisation abondante, de ses lymphatiques plus riches, de la facilité avec laquelle l'inflammation expérimentale produit la desquamation de son épithélium, son adhérence au tissu morbide, une néoformation vasculaire, l'épiploon vient ainsi augmenter les moyens de multiplication et de généralisation de l'agent morbigène.

Il semble donc résulter des faits précédents que l'on peut à volonté, en inoculant des fragments de lupus dans certaines conditions expérimentales, produire tantôt une tuberculose généralisée, tantôt une tuberculose localisée, pendant un certain temps du moins.

En somme, au point de vue de la tuberculose atténuée comme le lupus, le lapin donne des résultats toujours négatifs, quand on l'inocule dans l'hypoderme ; il donne le plus souvent des résultats positifs quand on l'inocule dans la chambre antérieure de l'œil. Le vrai réactif pour les tuberculoses atténuées et en particulier pour le lupus est le cobaye.

Mais chez lui il ne faut pas inoculer dans l'hypoderme, il faut inoculer dans le péritoine et si l'on tient à reproduire non pas une tuberculose viscérale généralisée, mais une tuberculose d'abord locale, il faut permettre au nodule lupeux de vivre dans l'hypoderme et pour cela le mettre en communication avec l'épiploon.

En résumé, il faut, pour rechercher la nature des lésions douteuses qu'on suppose être de nature scrofulo-tuberculeuse, employer le cobaye qui coûte moins cher, réagit mieux et d'une manière plus régulière, inoculer dans le péritoine ou dans la région mixte hypodermo-épiploïque. Si l'on veut employer le lapin, il faut inoculer dans la chambre antérieure de l'œil.

4° *Choix du nodule à inoculer.*

Comme je l'ai dit à la société de biologie en décembre 1882 (H. Leloir, *Recherches sur l'inoculation du lupus — Comptes rendus de la Société de biologie*), il faut s'assurer autant que possible que le malade sur lequel on recueille le produit d'inoculation est indemne de tuberculose pulmonaire, abdominale on génito-urinaire. Il faut choisir un nodule lupeux jeune, en voie d'évolution, non traité, non ulcéré autant que possible, pour éviter l'inoculation des agents de la suppuration (H. Leloir, *De l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus — Médecine moderne*, 27 novembre 1890).

5° *Volume du morceau à inoculer.*

Le morceau que l'on inocule doit être gros, du volume environ d'un demi-haricot. Comme j'y ai insisté en 1884 dans mes cliniques à l'hôpital Saint-Sauveur et comme je l'ai publié depuis, il faut avoir soin d'inoculer non pas de petits mais de gros morceaux. J'ai en effet constaté que les résultats négatifs obtenus parfois en inoculant des portions de tissu lupeux, provenaient de ce que le morceau inoculé était trop petit. Le fait n'a rien qui doive nous surprendre, si l'on tient compte de la très minime quantité de bacilles de Koch qui se trouve d'ordinaire dans le lupus vulgaire. On conçoit très bien que, en inoculant un plus gros morceau de lupus, l'on a plus de chances d'inoculer plus d'agents de la tuberculose, de même que, ainsi que je l'ai fait remarquer familièrement dans mes cliniques, en prenant une grosse cuillerée de potage au vermicelle, l'on a plus de chances de recueillir plus de morceaux de vermicelle que dans une petite cuillerée.

Ceci concorde d'ailleurs avec ce que nous apprend l'étude histo-bactériologique du lupus. L'on peut en effet pratiquer une série de coupes, 20, 30, 40 et même davantage dans un nodule lupeux, avant de trouver un seul bacille. Mais à partir du moment où l'on en trouve un ou plusieurs dans une coupe (la 41ᵉ par exemple l'on en trouvera dans les suivantes (la 42ᵉ, 43ᵉ et jusqu'à la 50ᵉ par exemple).

Le schéma suivant rend compte de ce qui peut se passer, si l'on inocule un morceau trop petit. Soit un nodule lupeux partagé en deux parties inégales par la ligne AA'. Les bacilles se trouvent par hasard placés à gauche de la ligne AA'.

Que l'on vienne à inoculer la portion du nodule placée à droite de AA', l'inoculation sera négative. Si au contraire on avait inoculé tout le morceau, l'inoculation aurait été positive.

La biopsie doit être profonde, car souvent les follicules lupeux renfermant les bacilles sont situés profondément. La biopsie sera faite sans anesthésie locale préalable, laquelle pourrait avoir une action stérilisante sur le virus tuberculeux.

Je pratique en général la biopsie par transfixion avec le couteau de Graefe. L'opération menée rapidement est peu douloureuse ; la cicatrisation est rapide, si l'on a soin d'appliquer un pansement antiseptique. L'iodoforme porphyrisé constitue pour moi le meilleur agent dans ce cas. Ces biopsies ne m'ont jamais donné d'accidents.

6° *Technique opératoire.*

Le morceau doit être inoculé de suite et en s'entourant des plus grandes précautions antiseptiques.

Le morceau est inoculé tel qu'il a été enlevé sans être divisé ni broyé. On peut cependant, si l'on veut, le taillader légèrement.

a. — L'inoculation sous-cutanée est faite en pratiquant une boutonnière dans la peau du pli de l'aine du cobaye ou du lapin ou de la région rétro-auriculaire de ce dernier animal. La peau est ensuite décollée sur une petite étendue au moyen d'une sonde cannelée ; le nodule d'inoculation ainsi glissé dans l'hypoderme, l'on pratique un ou deux points de suture.

b. — L'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil se pratique surtout chez le lapin. L'on ponctionne la cornée à sa région supérieure d'après le procédé connu employé pour faire l'iridectomie et en ayant soin de ne pas laisser s'écouler l'humeur aqueuse. On introduit au moyen de fines pinces courbes le morceau d'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil. L'on conçoit que le nodule d'inoculation est ici nécessairement petit. L'on ferme l'ouverture palpébrale pendant trois à cinq jours en suturant les paupières, et l'on fixe en avant de l'œil, d'après la méthode de Cl. Bernard, l'oreille du lapin pendant le même laps de temps. Au bout de trois à cinq jours au maximum, l'on peut sans inconvénient sectionner les points de suture et observer ce qui se passe dans la chambre antérieure de l'œil.

c. — L'inoculation intra-péritonéale est faite d'après la technique appliquée par Hippolyte Martin à propos de la tuberculose en général et qui se trouve exposée tout au long à la page 105 de la thèse de Renouard. Au bout de cinq jours au maximum, la cicatrisation des parois abdominales est complète.

d. — Si l'on veut employer ma méthode dermo-épiploïque, on procédera de la façon suivante : On incise la paroi abdominale comme dans la méthode intra-péritonéale mais suivant l'étendue d'un demi-centimètre environ. L'on saisit délicatement avec une pince l'épiploon, et l'on fait sortir hors de la cavité abdominale un lambeau épiploïque long de un à deux centimètres environ. L'on a eu soin pendant toute l'opération d'empêcher la hernie des intestins en maintenant dans la boutonnière une baguette de verre ou de métal stérilisée.

L'on décolle la peau au niveau de l'une des lèvres de la plaie au moyen le la sonde cannelée et l'on constitue ainsi une petite poche dans l'hypoderme. C'est dans cette poche que l'on enfonce le nodule d'inoculation de telle façon qu'il se

trouve placé à un centimètre environ de l'ouverture de la boutonnière. L'on ferme la boutonnière musculaire hermétiquement avec deux ou trois points de suture comme pour l'inoculation intra-péritonéale, sans avoir crainte de passer l'un des fils à travers l'épiploon hernié. Puis au moyen d'un ou deux points de suture, l'on réunit ensemble l'épiploon hernié et le nodule d'inoculation qu'on lui a accolé. Le nodule d'inoculation ainsi que l'épiploon qui l'englobe plus ou moins, se trouvent fixés à la paroi abdominale au moyen de un ou deux points de suture. Ces différentes opérations faites, l'on ferme la boutonnière cutanée comme dans l'inoculation intra-péritonéale. La plaie se trouve ainsi complètement fermée et ne tarde pas à se cicatriser.

7° *Animal témoin.*

L'on inoculera autant que possible deux animaux lesquels seront placés en cage avec un animal témoin non inoculé.

8° *Conditions hygiéniques.*

On ne doit jamais placer les animaux dans des cages contaminées ou à côté d'animaux tuberculeux.

Les cages ayant renfermé un animal inoculé devront être absolument stérilisées avant de recevoir de nouveaux hôtes.

Les cages devront être grandes et bien aérées. Dans les portes de mes cages, se trouve pratiquée une grande ouverture sous forme de fenêtre fermée par derrière par un treillis en toile métallique à larges mailles, permettant d'y adapter pendant l'hiver un cadre vitré. Il existe en outre une fente d'aération au niveau de la partie inférieure de la porte.

Les cages devront être placées dans un espace vaste et en plein air. Jamais l'on ne devra placer les cages dans les caves ou dans des réduits malsains comme je l'ai vu faire quelquefois. Elles devront être à l'abri de la pluie, du froid. Elles devront être disposées de façon à ce que la stagnation des liquides et matières fécales ne s'y produise pas. L'on devra donner aux animaux une litière de paille fraîche très épaisse.

Les cages devront être nettoyées complètement et la litière renouvelée tous les huit jours. La nourriture des animaux devra être abondante et choisie. On leur donnera de bons légumes et du pain.

De pareilles conditions hygiéniques sont quelquefois difficiles à réaliser et la nourriture des animaux coûte très cher; mais l'observation de ces règles hygiéniques est absolument nécessaire. Avec mon admirable installation de l'hôpital Saint Sauveur, que je dois à la bienveillance des Hospices Lillois, je ne constate plus les tuberculoses spontanées que j'ai observées quelquefois quand j'inoculais à Paris et

que mes animaux se trouvaient placés daus les cages et locaux défectueux de l'hôpital Saint-Louis et de la Faculté de médecine.

Je dois noter en outre que la tuberculose d'inoculation prend plus difficilement chez les animaux placés dans ces bonnes conditions hygiéniques, car ils sont plus résistants.

9° *Temps au bout duquel on doit sacrifier l'animal en expérience.*

Dans certains cas rares où l'animal meurt rapidement tuberculeux avant la date fixée, l'examen histologique m'a montré plusieurs fois que le lupus renfermait beaucoup de bacilles, ce qui est exceptionnel. L'animal avait alors réagi comme si on lui avait inoculé de la tuberculose vraie. Dans 2 cas j'ai ainsi rendu tuberculeux 2 jeunes lapins et 2 jeunes cobayes en les inoculant sous la peau.

Si le morceau inoculé est petit, l'animal devient tuberculeux tardivement, parfois même au bout de cinq à six mois et même davantage. Il peut même ne pas le devenir du tout. Si au contraire on a inoculé un gros morceau (ce qu'il faut toujours faire) l'on pourra tuer le cobaye au bout de six semaines à trois mois, avec la quasi-certitude de le trouver nettement tuberculeux.

D'ailleurs il peut arriver, mais très rarement, qu'avec un petit morceau (renfermant alors beaucoup de bacilles) l'on obtienne une tuberculose rapide et précoce, alors qu'avec un gros morceau (renfermant peu de bacilles) l'on obtiendra une tuberculose tardive et peu prononcée.

Chez les lapins inoculés dans l'hypoderme avec du lupus, j'ai eu beau attendre, dans près de 50 cas, jusqu'à huit et neuf mois, jusqu'à un an, je n'ai jamais, sauf dans les 2 cas précités, obtenu de tuberculose par inoculation hypodermique.

Si le cobaye inoculé ne meurt pas spontanément au bout de deux à quatre mois (c'est en effet souvent vers cette époque qu'il meurt et parfois même vers la sixième semaine), il ne faut pas attendre trop longtemps pour le sacrifier, car à la longue les tubercules du cobaye peuvent devenir fibreux.

Quand le cobaye est tué après six mois d'inoculation, ses tubercules sont souvent devenus fibreux. Le professeur Doutrelepont, auquel je signalais le fait en 1887, m'a dit avoir observé la même chose. En résumé, si le cobaye n'est pas mort spontanément, on devra le sacrifier du troisième au quatrième mois.

Si l'inoculation intra-péritonéale a déterminé une tuberculose locale au niveau du point d'inoculation (ce qui d'après mes statistiques portant sur 200 cas de lupus inoculés et sur un total de 700 inoculations intra-péritonéales chez le cobaye arrive dans 9 pour 100 des cas) ou si l'on a produit une tuberculose locale en employant ma méthode mixte hypodermo-épiploïque, on pourra, si l'on veut, sacrifier l'animal peu de temps après l'apparition de cette lésion, car il est certainement tuberculeux, comme le démontrent les inoculations en série.

Si l'inoculation a été faite dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, on

pourra tuer l'animal quand la tuberculose de l'iris est évidente, ou attendre la généralisation du processus tuberculeux.

Quand on a inoculé deux animaux avec le même produit scrofulo-tuberculeux, il est bon de ne pas les sacrifier tous les deux à la fois, pour pouvoir, en laissant vivre l'un des deux animaux, attendre l'apparition d'une tuberculose qui peut-être n'avait pas eu le temps de se développer chez le sacrifié. L'on pourra alors tuer le premier cobaye au bout de six semaines environ.

En résumé, plus le nodule d'inoculation est gros, moins il faut attendre. En général, lorsque l'inoculation (intra-péritonéale) est bien faite, le cobaye est nettement tuberculeux au bout de six semaines à deux mois, il l'est certainement au bout de trois à quatre mois, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels où il faut attendre jusqu'à quatre à six mois.

Certains lupus peuvent produire rapidement (en trois à quatre semaines) une tuberculose étendue chez le cobaye (inoculation intra-péritonéale). Ils peuvent déterminer la tuberculose du lapin et du cobaye par inoculation sous-cutanée (2 cas sur 200 cas). Ces lupus sont anormalement riches en bacilles et constituent de véritables tuberculoses franches du tégument.

10° *Des inoculations en série.*

La méthode créée par Hippolyte Martin pour la tuberculose en général doit être appliquée aux inoculations de tout produit scrofulo-tuberculeux. C'est ainsi que les viscères (rate, foie, reins, épiploon ou ganglions) du cobaye rendu tuberculeux par l'inoculation du produit scrofulo-tuberculeux, seront inoculés dans le péritoine d'un deuxième cobaye. Les viscères tuberculisés de celui-ci seront inoculés à leur tour à un troisième cobaye et les viscères de ce troisième cobaye inoculés à un quatrième cobaye.

La tuberculose de l'œil du lapin sera de la même façon inoculée en série dans le péritoine des cobayes. Depuis 1884, je m'arrête en général au quatrième terme de la série, quelquefois même au troisième terme. Lorsque les inoculations sont bien faites elles sont toutes positives.

Plus l'on s'écarte du premier terme de la série, plus la tuberculisation de l'animal est précoce et rapide dans son évolution. Malgré cela, ce n'est guère que vers le deuxième ou le troisième mois qu'il faut sacrifier les cobayes de la deuxième série, vers le deuxième mois les cobayes de la troisième série et vers la sixième semaine les cobayes de la quatrième série. Le peu de richesse en bacilles de la tuberculose viscérale du cobaye obtenue par l'inoculation du lupus devait faire prévoir ces résultats.

Une série d'expériences, que je suis d'ailleurs en train de poursuivre avec l'aide de mon collaborateur et ami, M. Tavernier, m'ont démontré que la tuberculose viscérale du cobaye résultant de l'inoculation du lupus dans le péritoine de cet

animal, ne prend pas à la 1[re] série, même malgré une attente prolongée de 7 à 8 mois, quand on l'inocule dans l'hypoderme du lapin.

Cela tient évidemment, d'une part, à ce que le lapin est plus réfractaire à l'inoculation tuberculeuse que le cobaye, comme y a à juste raison insisté Arloing, mais cela tient surtout à ce que l'hypoderme en général constitue un mauvais milieu de culture pour le virus scrofulo-tuberculeux, ainsi que je l'ai démontré depuis 1882.

En effet, comme je le répétais encore en 1888 au Congrès de la tuberculose, ces mêmes produits lupeux inoculés chez le lapin dans un milieu de culture favorable (la chambre antérieure de l'œil du lapin) donnent la tuberculose à cet animal.

D'autre part, comme je l'ai démontré depuis 1878-79, le lupus inoculé dans l'hypoderme du cobaye ne donne pas la tuberculose à cet animal, tandis qu'inoculé dans le péritoine, bon milieu de culture, il produit presque infailliblement la tuberculose.

Mais, chose importante, des morceaux de viscères tuberculeux du cobaye (1[re] série), rendu tuberculeux par inoculation intra-péritonéale de lupus, ne donnent pas la tuberculose, si on les inocule sous la peau d'un autre cobaye, malgré une attente de plusieurs mois (10 cas).

En résumé, le lupus produit chez le lapin et le cobaye, quand on l'inocule dans un milieu approprié (péritoine du cobaye, chambre antérieure de l'œil du lapin), une tuberculose incontestable, comme en témoignent les inoculations en série et la recherche des bacilles. — L'on ne peut donc, en ce qui concerne le lupus, distinguer ce produit scrofulo-tuberculeux de ceux de la tuberculose franche, en disant qu'il n'est pas inoculable au lapin, mais qu'il est inoculable dans l'hypoderme du cobaye.

Mais cette tuberculose est peu virulente, puisqu'elle ne peut prendre ni chez le cobaye ni chez le lapin dans un milieu où prend d'ordinaire la tuberculose franche, c'est-à-dire dans l'hypoderme.

Bien plus, malgré son passage dans l'animal (péritoine du cobaye), cette tuberculose n'accroît que très difficilement sa virulence.

Il existe donc entre la tuberculose franche et la scrofulo-tuberculose du lupus, une différence très prononcée. La tuberculose franche prend partout en général, comme l'ont montré les travaux de Villemin, Chauveau, Conheim, Arloing, Koch, Cornil, Verneuil, Dieulafoy, Babès, etc., le lupus ne prend que dans certains milieux appropriés.

11° *Contrôle histo-bactériologique.*

Il faut avoir soin d'examiner histologiquement et bactériologiquement chaque morceau de lupus que l'on inocule, en réservant une partie du morceau biopsié pour cet examen. L'on aura ainsi un aperçu relatif sur la richesse du lupus en bacilles. Il faut avoir soin également d'examiner histologiquement et bactériologi-

quement les viscères de l'animal inoculé, ce qui est toujours utile pour se rendre compte de la richesse en bacilles de ces tuberculoses d'inoculation et ce qui peut au besoin servir pour les distinguer des pseudo-tuberculoses décrites par Waldenburg, H. Martin, Cornil, Babès, etc.

Le lupus est donc une tuberculose locale.

Mais cette variété de tuberculose présente quelque chose de spécial. En effet, elle n'arrive pas à tuberculiser le lapin, à moins que l'on n'inocule cet animal dans la chambre antérieure de l'œil. Elle n'arrive pas à tuberculiser le cobaye, à moins que l'on n'inocule cet animal dans le péritoine ou d'après ma méthode dermo-épiploïque.

En outre, pour réussir, il faut inoculer de gros morceaux de lupus.

Enfin, cette tuberculose consécutive à l'inoculation de produits lupeux évolue lentement.

Le lupus doit donc être considéré comme une tuberculose tégumentaire peu virulente, peu riche en agents pathogènes, en général distincte de la tuberculose vulgaire classique par ses caractères spéciaux qui peuvent se résumer ainsi :

Petit nombre de bacilles ;

Nécessité d'inoculer de gros morceaux ;

Nécessité d'inoculer dans un milieu favorable ;

Nécessité d'inoculer un animal favorable ;

Lenteur de l'infection de l'animal.

Ces caractères spéciaux, ce peu de virulence de la variété de tuberculose tégumentaire désignée sous le nom de lupus vulgaire, dépendent-ils seulement, comme je l'ai écrit depuis 1883 et comme l'a ultérieurement dit Nocard, de ce que le lupus renferme peu de bacilles ? Faut-il, au contraire, admettre, comme Arloing semble vouloir le supposer, que la scrofulo-tuberculose dont le lupus est une des branches, est occasionnée par un virus spécial ou tout au moins distinct du virus tuberculeux ordinaire, par les qualités de sa virulence (1).

Les faits que j'ai observés me portent plutôt à admettre que, dans l'état actuel de la science, le lupus doit être considéré comme une tuberculose peu virulente, mais en somme comme une tuberculose.

Comme je l'ai dit, il ne semble pas qu'il y ait de différence essentielle entre la scrofulo-tuberculose et la tuberculose vraie. Ainsi que je l'ai écrit en 1882, c'est :

Affaire de technique : placer le morceau inoculé dans des conditions favorables au développement du virus (chambre antérieure de l'œil du lapin, péritoine du cobaye) ;

1. J'applique au lupus, à propos d'Arloing, ce que cet éminent expérimentateur a appliqué à la scrofulo-tuberculose en général, bien que les recherches d'Arloing aient porté surtout sur des produits scrofulo-tuberculeux autres que le lupus et sur un seul cas de lupus, comme il me l'a dit en 1888.

Affaire de temps (il y a peu de virus, il lui faut du temps pour se développer);

Affaire d'animal (l'animal ne doit pas être trop réfractaire à l'agent tuberculeux); l'animal réactif de choix est le cobaye. Le lapin, loin d'être un animal devenant follement tuberculeux, comme on l'a dit à tort, le devient trop difficilement;

Affaire de quantité de virus (il y a peu d'agents tuberculeux dans la scrofulo-tuberculose, il faut inoculer de gros morceaux, ce qui n'est pas toujours facile).

Donc la question semble se réduire à une affaire de *quantité* de virus (peu pour la scrofulo-tuberculose, beaucoup pour la tuberculose franche) et non à une affaire de *qualité*, de virulence moindre du bacille de Koch.

Toutefois, il n'est pas absolument certain, dans l'état actuel de la science, qu'il n'y ait pas aussi une différence de qualité, de virulence moindre.

Quelques expériences que j'ai entreprises il y a plusieurs années, expériences bien incomplètes d'ailleurs, que d'autres recherches m'ont forcé d'interrompre, et que je suis en train de poursuivre de nouveau en collaboration avec mon préparateur et ami M. Tavernier, semblent plaider en faveur de l' hypothèse qu'il s'agit ici d'une différence quantitative et non qualitative.

J'ai obtenu, en effet, des choses analogues, mais non absolument semblables, dans quelques cas, en inoculant des produits tuberculeux francs, étendus, dilués dans une substance inerte stérilisée.

J'ai inoculé des parcelles de cette substance tuberculisée dans l'hypoderme de lapins et de cobayes (3 lapins, 5 cobayes). Toutes ces inoculations ont été négatives.

De minimes parcelles de la substance introduites dans le péritoine de 3 cobayes m'ont donné dans 2 cas (au bout de 5 mois dans un cas, de 4 mois dans l'autre, une tuberculose généralisée ayant pour point de départ l'abdomen.

Chez 2 cobayes, ayant inoculé une quantité beaucoup plus considérable (masse grosse comme un haricot) de cette substance tuberculeuse diluée, j'ai produit chez ces 2 cobayes une tuberculose classique des viscères abdominaux et du poumon au bout de 5 semaines chez l'un et de 6 semaines chez l'autre.

Si l'on compare ces résultats à ceux signalés par d'autres expérimentateurs qui relatent avoir obtenu presque constamment une tuberculose évidente, se généralisant, lorsqu'ils ont inoculé le cobaye et le lapin dans l'hypoderme avec des produits tuberculeux francs, l'on voit que ces expériences, bien incomplètes d'ailleurs, tendraient à montrer qu'avec le même produit tuberculeux, l'on peut par inoculation obtenir des effets dissemblables suivant que le produit virulent est *dilué* ou non.

Ici, les résultats obtenus rappellent, par la lenteur de l'évolution de la tuberculose, la nécessité d'inoculer de grandes quantités de substance, de l'inoculer à un animal de choix, dans un milieu approprié, ceux que l'on obtient en inoculant des produits scrofulo-tuberculeux. Là, au contraire, le même produit tuberculeux, inoculé à l'état pur, donne lieu aux phénomènes que l'on observe lorsqu'on inocule la tuberculose vulgaire classique. Si des recherches expérimentales ultérieures,

basées sur un nombre de faits suffisamment nombreux et suffisamment précis, venaient corroborer les études précédentes, encore bien insuffisantes d'ailleurs, ces faits viendraient encore à l'appui de l'opinion que nous émettions plus haut, à savoir qu'il n'y aurait entre la scrofulo-tuberculose et la tuberculose, au point de vue de la virulence, qu'une différence quantitative et non qualitative.

Ce que je viens de dire est applicable à toutes les variétés de lupus, au lupus vulgaire classique de la peau, ainsi qu'au lupus des muqueuses dont je crois avoir également démontré le premier la nature tuberculeuse par la méthode des inoculations expérimentales.

Il en est de même de ces variétés particulières de lupus que j'ai décrites en 1888 au *Congrès de la Tuberculose* sous le nom de *Variétés atypiques du lupus vulgaire*, à savoir :

Le lupus vulgaire colloïde,

Le lupus vulgaire myxomateux,

Le lupus vulgaire scléreux et demi scléreux,

Et enfin le lupus vulgaire érythématoïde dans ses diverses variétés. (H. Leloir, *Le lupus vulgaire érythématoïde*. — *Archives de physiologie*, 1891.)

En outre les *ganglions* où aboutissent les lymphatiques partant du foyer lupeux donnent lieu, dans certains cas, comme je l'ai démontré, à une tuberculose des plus nettes, quand on les inocule dans le péritoine des cobayes ou dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. Ces adénopathies suppurées ou non, en général non suppurées, sont donc bien, dans certains cas, de nature scrofulo-tuberculeuse, comme je l'ai prouvé en 1889, contrairement à l'opinion de certains auteurs.

L'œdème dur ou demi dur, d'origine en général lymphangitique, qui complique quelquefois le lupus, et en particulier le lupus des membres inférieurs et qui aboutit au pseudo-éléphantiasis scrofulo-tuberculeux, doit être dans certains cas considéré comme de nature tuberculeuse, ainsi que l'ont démontré pour un certain nombre d'observations mes inoculations et celles de Doutrelepont.

Dans des cas exceptionnels, comme je l'ai dit plus haut, le lupus est très riche en bacilles. Il est parfois inoculable dans l'hypoderme du cobaye et même du lapin.

Il prend alors très vite dans le péritoine du cobaye.

Dans ces cas exceptionnels, les inoculations donnent des résultats analogues à ceux que l'on obtient en inoculant la tuberculose franche du tégument.

Mes expériences me portent à considérer les gommes scrofulo-tuberculeuses (dermiques, hypodermiques et ganglionnaires) comme des produits tuberculeux plus virulents que le lupus, bien que moins virulents que la tuberculose vraie. En effet, quand on inocule des parcelles de gommes dans le péritoine de cobayes, l'on obtient en général plus rapidement une tuberculose généralisée que lorsqu'on inocule du lupus.

D'autre part, comme l'ont démontré Villemin, Colas (de Lille), Lannelongue,

Koch, etc., ces gommes scrofulo-tuberculeuses seraient inoculables souvent dans l'hypoderme du cobaye et même dans l'hypoderme du lapin.

La tuberculose tégumentaire pourrait donc, au point de vue de la virulence, se classer ainsi en suivant une progression croissante dont le lupus serait le terme le moins virulent et la tuberculose franche des muqueuses et de la peau le terme le plus virulent : lupus; gommes scrofulo-tuberculeuses tégumentaires ; tuberculose vraie des téguments.

Pour terminer, je dois noter, en outre, que les animaux inoculés avec du lupus ne sont pas vaccinés contre la tuberculose, ainsi que je l'ai pu constater dans les expériences nouvelles entreprises après la communication que j'avais faite sur cette question en 1883 avec Cornil à la Société de Biologie et après les recherches faites à ce sujet par Babès.

Je dois remarquer en outre que, dans certains cas exceptionnels, j'ai constaté que la tuberculose locale, produite par l'inoculation du lupus, paraît pouvoir s'éteindre, se guérir sur place, sans avoir provoqué de tuberculose généralisée et bien qu'ayant été très manifeste.

CONSÉQUENCES CLINIQUES, PRATIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les inoculations expérimentales n'ont pas seulement donné des résultats importants en permettant de déterminer la nature du lupus ; elles sont encore d'une utilité pratique journalière.

Il arrive parfois que le diagnostic soit chose difficile, que l'on hésite entre le lupus vulgaire vrai et certaines syphilides, certaines folliculites (acné lupoïde, périfolliculites suppurées et conglomérées en placards), certains eczémas indurés et localisés, la morve, la lèpre, etc., etc. Ce sont d'ailleurs les syphilides qui font hésiter le plus souvent.

Le diagnostic du lupus dans ces cas difficiles reposera entièrement sur ce fait : le lupus vulgaire est une tuberculose locale peu riche en bacilles. Dans ces cas l'anatomie pathologique (structure des tissus pathologiques) est insuffisante pour permettre de poser un diagnostic ferme.

Le diagnostic bactériologique est souvent très difficile, étant donné en général le petit nombre de bacilles que renferme le lupus et la grande quantité de coupes qu'il faut faire pour les trouver.

Les inoculations expérimentales bien faites pourront, dans ces cas, enlever toute hésitation. Malheureusement elles présentent un inconvénient, c'est qu'il faudra savoir attendre assez longtemps avant d'être fixé.

Ces inoculations expérimentales pourront être aussi utiles en permettant de déterminer si certaines lésions secondaires à l'évolution du lupus (œdème dur éléphantiasique, adénopathies, gommes, etc., etc.) sont ou non d'essence tuberculeuse et doivent être traitées comme telles.

Elles pourront montrer parfois que certaines ulcérations, consécutives au développement d'un lupus cicatrisé ou non, sont non pas d'essence tuberculeuse, mais déterminées, comme je l'ai montré, par les agents de la suppuration. (H. Leloir, *De l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus* (*Médecine Moderne*, 27 décembre 1890) ; *Des affections cutanées pures ou hybrides déterminées par l'inoculation des agents de la suppuration* (Leçons recueillies par le Dr Lespinne) ; *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* 1891).

Je pourrais citer nombre d'exemples pour démontrer que dans le cas où le diagnostic entre la scrofulo-tuberculose et d'autres affections (la syphilis en particulier) est douteux, l'inoculation est capable de lever les doutes plus ou moins promptement.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DU LUPUS

La clinique et en particulier l'étude des complications du lupus, l'anatomie pathologique, les recherches bactériologiques, les inoculations expérimentales, nous ont démontré d'une façon péremptoire que le lupus est une des formes de la tuberculose. De toutes les formes de la tuberculose de la peau, c'est la plus fréquente.

Étant donc bien établi que le lupus est une tuberculose du tégument, n'ayant plus ici à discuter l'existence du lupus syphilitique, ni la valeur du terme scrofulides, nous pouvons nous demander comment et pourquoi on devient lupeux ?

Le lupus et les tuberculoses tégumentaires qui s'y rattachent sont le résultat de l'inoculation de la peau ou de la muqueuse par le virus tuberculeux.

Comment se fait cette inoculation ? Ici les données sur lesquelles nous pouvons nous appuyer ne sont pas assez nombreuses, assez certaines, assez nettes; elles ne reposent pas sur un nombre de faits bien observés, suffisamment nombreux et suffisamment précis, pour que nous puissions considérer l'étude et l'essai de classification qui vont suivre comme basés sur une assise scientifique inébranlable. Toutefois dans l'état actuel de la science, il semble que l'infection du tégument par le virus tuberculeux peut se faire d'après l'un des procédés ci-dessous :

I. — Le tégument est inoculé directement par voie externe.

II. — Le tégument est inoculé indirectement, mais par continuité, par des foyers tuberculeux profonds.

III. — Le tégument peut être inoculé par le virus tuberculeux puisé par les lymphatiques ou les veines, dans un foyer tuberculeux plus ou moins éloigné.

IV. — Le foyer de scrofulo-tuberculose tégumentaire est déterminé par une infection tuberculeuse d'origine hématique.

V. — Le foyer de scrofulo-tuberculose tégumentaire peut avoir une origine héréditaire.

Il semble que les modes I et II constituent les procédés qui déterminent le plus fréquemment l'infection scrofulo-tuberculeuse tégumentaire.

I. — *Le tégument est inoculé directement par voie externe.*

L'inoculation directe de la tuberculose, pendant longtemps niée ou au contraire admise par les auteurs anciens et redoutée au plus haut degré par Morton, Valsalva, Morgagni, ne fait actuellement plus de doute pour personne, et les magnifiques expériences qui les premières démontrèrent la contagiosité de la tuberculose, les expériences de notre grand Villemin, ont été des inoculations directes. C'est dans ces dernières années que la possibilité de l'inoculation de la peau humaine par le virus tuberculeux a été démontrée cliniquement par une série d'observations des plus probantes.

A partir de 1883, époque à laquelle Lindmann publie deux cas de transmission de la tuberculose par la circoncision, les observations se multiplient considérablement et Verneuil, Verchère, Merklen, Besnier, Leloir, Hanot, Vidal, Tscherning, Karg, Martin du Magny, Holst, Poncet, Raymond, Lehmann, Hofmokl, Elsenberg, Thesen, Demme, Kœnig, Fleur, Brissaud et Gilbert, Eiselberg, Sanguinetti, Wahl, Leser, Barbier, Thuffier, Avendano, Morel-Lavallée, Lesser, Steinthall, Eve, Finger, Lefèvre, Broca, Tournier, Leloir, Besnier, Deneke, Dubreuilh et Auché, Lejars, Dubois-Havenith, Yadassohn,etc.,etc., viennent tour à tour apporter des documents à ce sujet.

Je n'ai pas à y insister davantage, la tuberculose cutanée par inoculation directe et externe existe; elle est incontestable comme le démontrent les travaux et les recherches des auteurs précédents. Je ne saurais trop conseiller de lire à cet égard, pour se rendre bien compte de l'état de la question, la thèse de Verchère sur les portes d'entrée de la tuberculose (Paris 1884), la thèse de Armand Lefèvre sur la tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme (Paris 1888), le travail de Dubreuilh et Auché sur la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe, publié en 1890 dans les *Archives de Médecine expérimentale* et le mémoire de Yadassohn (*Ueber Inoculations lupus*) publié en 1890 dans les *Archives de Virchow.*

Il résulte des travaux précédents que la tuberculose cutanée par inoculation directe peut se présenter sous l'aspect d'un panaris, d'une sorte d'infiltration gommo-tuberculeuse, d'une ulcération gommeuse ou tuberculo-gommeuse, à bords taillés à pic ou fissuraires. Mais c'est surtout sous l'aspect papillomateux ou papillomato-ulcéreux que se montre la tuberculose par inoculation directe de la peau. Elle présente alors les caractères de certaines variétés de lupus scléreux papillomateux, du tubercule anatomique, de la tuberculose verruqueuse.

Ainsi donc, comme on pourra s'en convaincre en lisant les travaux des

auteurs précités, la tuberculose primitive par inoculation peut se présenter et se présente le plus souvent sous l'aspect d'une des variétés atypiques du lupus vulgaire, le lupus scléreux papillomateux. Elle peut se présenter parfois sous l'aspect du lupus tuberculo-gommeux.

Ces tuberculoses primitives, par inoculation directe, peuvent avoir pour conséquence toutes les complications d'origine tuberculeuse locales ou générales que nous avons étudiées au chapitre « Complications » et en particulier les lymphangites ou adénites tuberculeuses, les gommes scrofulo-tuberculeuses, la phthisie pulmonaire.

Si l'on dépouille les observations publiées par les auteurs précités, l'on est frappé par ce fait que, dans ces cas d'inoculation directe de la peau par le virus tuberculeux, le nodule lupeux sucre d'orge, le lupôme classique sont exceptionnellement signalés.

Il en existe cependant des observations incontestables. C'est ainsi que j'ai publié, en 1888, au *Congrès International de la tuberculose*, l'observation d'un cas de lupus myxomateux du lobule de l'oreille développé chez un enfant et résultant, selon toute vraisemblance, de l'inoculation d'un impétigo chronique de l'oreille par le virus tuberculeux qui y fut appliqué un grand nombre de fois et d'une façon prolongée au moyen de cataplasmes de vers de terre, suivant une hideuse coutume de notre région du Nord. Ces vers de terre avaient été recueillis au niveau du foyer de sépulture d'un poulain mort tuberculeux, foyer de sépulture où ils grouillaient d'une façon extraordinaire.

J'ai observé, il y a quelques années, un cas de lupus caractéristique non exedens et légèrement exedens développé au niveau du centre de la joue d'une petite fille atteinte 2 ans auparavant d'eczéma chronique de cette région et que sa mère, phthisique avancée à cette époque et morte depuis, pansa tous les jours et plusieurs fois par jour au moyen de croûtes de pain, mâchées par cette mère phthisique et expectorante.

J'ai observé à la même époque un lupus du nez (lupus tuberculo-croûteux) développé chez une jeune fille de 16 ans qui vivait continuellement avec sa sœur aînée phthisique, expectorant abondamment et morte depuis. La jeune fille se servait fréquemment du mouchoir de sa sœur malade, mouchoir ordinairement imbibé des crachats de celle-ci. Je le répète, dans les trois cas précédents, j'ai eu affaire à des lupus classiques caractéristiques.

En 1890, se trouvait à ma clinique une femme de 31 ans, atteinte d'un lupus en partie tuberculo-croûteux classique, en partie papillomateux, de la région naso-génienne droite et du côté correspondant du nez. D'après le dire de cette malade, l'affection débuta il y a 10 ans à la suite d'un coup d'ongle que lui donna un enfant qu'elle soignait. En même temps qu'elle soignait cet enfant, elle était occupée dans la maison à lessiver les linges, surtout les mouchoirs d'un phthisique expectorant abondamment et mort depuis, et elle se rappelle très bien qu'en lavant les mouchoirs elle portait sans cesse sur cette écorchure ses doigts souillés par les crachats du tuberculeux.

Lipp a publié, en 1889, dans la *Wiener Med. Presse* un cas de lupus de la face inoculé à un enfant par les baisers de sa mère tuberculeuse, sur des excoriations antérieures.

Yadassohn a publié, en 1890, dans les Archives de Virchow, l'observation d'une femme de 30 ans, tatouée à l'avant-bras gauche par son amant, phthisique avéré, mort plus tard. Pour étendre l'encre de Chine dont il se servait, le tatoueur employait sa salive. Cette inoculation tuberculeuse détermina au niveau du tatouage l'apparition de nodules lupeux typiques.

Il est probable que, l'attention étant appelée maintenant sur ce point, nous verrons se multiplier les observations de lupus classique déterminé par une inoculation externe.

Néanmoins la rareté du lupôme classique en tant que lésion tuberculeuse consécutive à l'inoculation directe de la peau dans les observations précitées, doit nous porter à réfléchir, surtout si on la compare à son excessive fréquence, pour ne pas dire à sa constance dans la tuberculisation de la peau inoculée par contiguïté par des foyers tuberculeux profonds.

L'on peut supposer que dans la plupart des observations précédentes, l'inoculation tuberculeuse de la peau par voie directe et externe ne réalisait pas les conditions nécessaires pour donner lieu à la production du nodule lupeux classique.

Il faut d'ailleurs noter que dans toutes les observations de lupus par inoculation directe et externe, ayant donné naissance au tubercule classique lupeux, le siège de l'inoculation se trouvait ailleurs qu'aux extrémités (mains et pieds), tandis que presque tous les cas de tuberculose inoculée par voie externe et directe, ayant donné lieu au lupus papillomateux, scléreux, siégeaient aux extrémités, aux mains en particulier. Or, on sait que, en ces régions, le lupus présente toujours l'aspect papillomateux.

Il paraît en effet indéniable que dans un grand nombre de cas, le lupus est dû à l'inoculation externe et directe du tégument, comme doivent le faire supposer les raisons suivantes :

Comme l'ont montré les tableaux statistiques que j'ai publiés plus haut, pages 139 et 140, le lupus débute le plus souvent par les régions les plus exposées à l'infection de cause externe : le nez, les joues, les lèvres, les oreilles, les mains. Ces régions sont également celles qui, chez l'enfant principalement, sont le plus exposées aux traumatismes, aux érosions dues à des éruptions eczémateuses, impétigineuses si fréquentes à la face, surtout au niveau du nez et des joues chez l'enfant.

Comme le dit excellemment Landouzy dans son entraînant mémoire publié en 1891 dans le *Journal des connaissances médicales* (*Nouveaux faits relatifs à la tuberculose infantile*) : « Nos habitudes d'élevage font du bébé une chose constam-
« ment manipulée à toute heure de jour et de nuit dans un milieu où tout semble
« réuni pour condenser les éléments de contage. Est-ce que jusqu'à deux ans
« l'enfant n'est pas tributaire de soins incessants (coucher, lever, habiller, nourrir,

« embrasser, amuser, bercer, etc.), multipliant à l'infini les contacts, mettant le « contagionnable constamment en rapport avec la contagion, que celle-ci soit : « poussières remuées, secouées, balayées, et transportées d'une chambre infectée « par l'expectoration d'un phtisique ; cuillère, biberon, gobelet, serviettes, mou- « choirs, éponges, aliments, portés parfois des lèvres d'un phthisique à la bouche « d'un enfant. »

Le lupus est fréquent dans la seconde enfance, époque à laquelle, comme le remarque James Nevins Hyde, les parents soignent leurs enfants avec un peu moins d'attention, ces derniers échappant plus facilement à toute surveillance.

Ainsi donc tout nous porte à croire que, dans un très grand nombre de cas, le lupus est dû à l'inoculation directe et par voie externe du tégument. Il est probable que pour que cette inoculation donne lieu à une tuberculose tégumentaire présentant les caractères du lupôme classique, certaines conditions que nous ne connaissons pas, mais que l'on devra sans doute chercher dans la quantité et peut-être dans la qualité du virus tuberculeux inoculé, dans l'état de réaction locale et générale, le siège anatomo-topographique, etc., etc, doivent être réalisées.

Les différents modes ou processus suivant lesquels se fait l'inoculation peuvent être classés de la façon suivante :

a — Tantôt, et c'est le cas le plus rare, c'est le sujet lui-même qui s'inocule, qui inocule son tégument au moyen de produits de sécrétion pathologique renfermant du virus tuberculeux.

Dans ce cas, ce sont le plus souvent des sujets phthisiques qui s'inoculent les mains et les doigts (en particulier la région dorsale métacarpienne du pouce) en essuyant leur bouche après avoir craché et deviennent ainsi atteints de lupus, scléreux le plus souvent, comme l'a bien montré E. Vidal (*Annales de Dermatologie*, 1889 p. 221).

Il est possible qu'il en soit de même dans certains cas de lupus du nez, le tuberculeux s'inoculant la peau ou la muqueuse nasale au moyen de ses doigts contaminés.

Il est possible que le lupus de la région anale ou péri-anale puisse avoir pour origine la souillure du tégument par les matières fécales chargées de bacilles (chez les phthisiques qui avalent leurs crachats ou dans le cas d'entérites tuberculeuses), comme l'a supposé Doutrelepont.

Il est possible qu'il ait parfois pour origine une sécrétion de source vaginale ou utérine infectée par une tuberculose génitale, sécrétion qui s'écoulant par le vagin vient infecter la peau du périnée et des régions avoisinantes, comme je l'ai montré en 1883 à la Société Anatomique en collaboration avec Babès (*Bulletins de la Société anatomique,* 1883, page 341).

Il est possible que certains cas de lupus de la bouche et de la gorge aient pour origine l'inoculation de la muqueuse par les crachats du malade.

Ces différents modes d'auto-inoculation sont incontestables en ce qui con-

cerne la tuberculose franche. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans certains cas pour la scrofulo-tuberculose?

Peut-être dans quelques cas une peau plus ou moins excoriée, souillée par un liquide tuberculisé s'écoulant hors de la fistule d'un abcès froid, d'une carie, d'une tumeur blanche, peut-elle être ainsi inoculée par le virus tuberculeux, comme nous le verrons à la page 286, et comme Besnier, Leser de Halle, Liebreicht, Renouard, Cronier, Morel-Lavallée, etc., en ont publié des exemples. Mais dans ce dernier cas, l'on peut toujours se demander si le foyer tuberculeux profond n'a pas inoculé le tégument par continuité par sa face profonde ou par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques.

Enfin l'on voit parfois chez un sujet atteint de tuberculose tégumentaire, se développer un foyer scrofulo-tuberculeux au niveau d'une région cutanée fréquemment portée en contact avec le foyer tuberculeux tégumentaire.

C'est ainsi qu'il y a quelque temps se trouvait dans ma clinique une femme atteinte de lupus tuberculo-croûteux serpigineux du côté gauche de la face, chez laquelle se développa environ deux ans après l'apparition de ce lupus de la face, un lupus scléreux de la région dorsale de l'index gauche. La malade n'était pas phthisique, et elle nous raconta spontanément, que très souvent elle grattait son placard lupeux avec le dos de son index gauche. J'ai observé un certain nombre de faits analogues.

Pick a publié en 1889 dans la *Prager Medicinische Wochenschrift* une observation assez semblable de lupus par grattage ou frottement, observation également très suggestive.

La réciproque est d'ailleurs très instructive, puisque Wahl et Demme signalent chacun un cas d'infection tuberculeuse déterminée chez l'enfant par une servante portant un lupus ulcéré.

b. — Tantôt c'est un sujet tuberculeux qui inocule directement ou indirectement au malade le virus dont la pullulation donnera lieu chez la victime à la production d'un foyer lupeux.

Tels sont les cas de lupus consécutifs à l'inoculation de la peau par des cataplasmes faits avec une salive tuberculisée, par des mouchoirs, des linges, ou des liquides souillés par des crachats tuberculeux, par un instrument de tatouage souillé par une salive tuberculeuse dont nous avons parlé à la page 274, et auxquels nous pourrions en ajouter nombre d'autres puisés dans la littérature médicale, parmi lesquels nous signalerons en première ligne les cas de Merklen, de Holtz, de Dubreuilh et Auché, de Lefèvre, etc.

Il y a six mois se trouvait dans ma clinique une jeune fille âgée de 19 ans, atteinte de lupus du centre de la joue, survenu il y a trois ans, cinq à six mois après un coup d'ongle donné par une de ses camarades de classe atteinte d'écrouelles suppurées et de phthisie au début. Le coup d'ongle détermina une forte excoriation. Le lupus débuta au niveau du point primitivement excorié.

Verchère a publié, en 1887, dans les *Études expérimentales et cliniques sur la Tuberculose*, une observation remarquable de lupus scléreux papillomateux de la

face dorsale de l'index, consécutif à une morsure faite par un tuberculeux (le mari de la femme).

Un tuberculeux mort peut être l'origine d'une scrofulo-tuberculose cutanée, affectant en général les caractères du lupus scléreux papillomateux, comme en témoigne malheureusement la fréquence du tubercule anatomique chez les étudiants, les médecins qui pratiquent des autopsies, les garçons d'amphithéâtre, etc.

Il y a quelques années encore, mourait phthisique, à l'hôpital Saint-Sauveur, un garçon d'amphithéâtre qui portait depuis de longues années un vaste placard de lupus scléreux du dos de la main droite (tubercule anatomique), contracté en aidant les médecins à pratiquer les nombreuses autopsies des phthisiques de cet hôpital.

Enfin il est possible que dans certains cas il puisse se développer un foyer de scrofulo-tuberculose tégumentaire à la suite d'une inoculation tuberculeuse par l'intermédiaire de greffes cutanées, comme l'a indiqué Czerny, en 1886, dans le *Centralblatt für chirurgie.*

c. — Tantôt ce n'est plus un homme, mais un animal qui sera directement ou indirectement le sujet contaminant.

Villemin, Chauveau, Nocard, Trasbot, Colin (d'Alfort), Arloing, Riehl et Paltauf, Wahl, etc., etc., ont montré le danger de la tuberculose animale, en particulier de la tuberculose des bovidés pour l'espèce humaine, et je ne saurais mieux faire que de renvoyer le lecteur, pour qu'il se rende bien compte de l'importance de cette question, aux comptes rendus des *Congrès pour l'étude de la tuberculose* de 1888 et 1891.

En ce qui concerne la tuberculisation du tégument, on trouvera dans la littérature médicale, en particulier dans les travaux de Tscherning, Ponfick, Riehl et Paltauf, Lefèvre, Yadassohn, etc., etc., un certain nombre d'observations de lupus scléreux papillomateux consécutif à l'inoculation de la peau des mains par le sang ou les tissus d'un animal tuberculisé.

Une des plus remarquables sur ce sujet est celle que rapporte Pfeiffer : Le vétérinaire Moser, de Weimar, se blessa en autopsiant une vache phthisique. Six mois après, une tuberculose cutanée (lupus papillomateux) se développa au niveau de la cicatrice. Deux ans et demi après la blessure, Moser mourait phthisique.

J'ai vu moi-même quelques exemples analogues et Yadassohn a publié la relation d'un cas de lupus tuberculeux classique développé autour d'une plaie que s'était faite un boucher en dépeçant une bête probablement tuberculeuse.

J'ai observé, il y a cinq ans, chez un ouvrier équarrisseur un vaste lupus scléreux du dos de la main avec lymphangites tuberculo-gommeuses consécutives du membre supérieur et production de nodules lupeux au niveau de quelques points de cette lymphangite scrofulo-tuberculeuse. Il est probable que dans ce cas une coupure que s'était faite, 15 mois, auparavant, l'ouvrier équarrisseur avait été inoculée par le virus tuberculeux.

Le lait des bovidés peut, dans certains cas, être l'origine d'une scrofulo-tuberculose tégumentaire.

Je fus consulté, il y a 6 ans,par une belle et fraîche fermière de 28 ans, véritable type de nos paysannes flamandes, pour un lupus des plus classiques de la joue droite. Ce lupus exedens et non exedens, grand comme la paume de la main, datait de 8 ans environ. La fermière me raconta que vers l'âge de 17 ans, elle fut atteinte d'un furoncle de la face et de petits boutons qui semblent avoir été de l'acné ou des folliculites suppurées. Suivant un usage fréquent dans nos campagnes, elle pansa les lésions avec de la crème fraîche pendant plusieurs semaines. Toutes les lésions disparurent, sauf une qui persista depuis cette époque sous forme d'un petit nodule gros comme un pois. Pendant environ deux ans, ce nodule persista sans changement notable; mais à partir de l'âge de 19 à 20 ans, il s'étala et c'est de lui que « partit », d'après son dire, le lupus pour lequel elle vint me consulter.

La santé de cette fermière était magnifique, florissante ; il en était de même de tout son entourage. Son vieux père et son mari interrogés minutieusement par moi, m'apprirent qu'à l'époque où, jeune fille, la fermière se pansa avec de la crème fraîche, il existait dans leur étable deux vaches de santé en apparence bonne à cette époque, mais qui un an après furent constatées être atteintes de la pommelière. La malade employait pour se panser la crème provenant du mélange du lait de ces deux vaches et de trois autres vaches qui, elles, seraient restées bien portantes.

Je ne sache pas qu'il existe dans la littérature médicale de fait semblable, mais il est probable que l'attention étant attirée sur ce point, l'on en trouvera d'autres (1).

De même que pour les êtres humains tuberculisés, il est possible que les mouches (Spillmann et Haushalter), les vers de terre, etc., puissent servir de moyen de transport pour le virus tuberculeux provenant de l'animal tuberculeux. L'observation que j'ai relatée de lupus consécutif à l'application de cataplasmes de vers de terre en constitue un exemple très remarquable (Voir page 273).

Il n'existe pas dans la science de cas de tuberculose cutanée résultant de l'inoculation directe de la lymphe vaccinale d'animaux tuberculeux. Cette question présente un grand intérêt, surtout depuis que la vaccination animale est répandue, d'autant plus qu'avec la lymphe vaccinale, Toussaint avait réussi à inoculer la tuberculose. Les faits ultérieurs n'ont pas confirmé ces résultats et les expériences de Lothar Meyer, Strauss, Chauveau, Nocard, Josserand, ont démontré que le bacille tuberculeux ne se trouve pas dans le liquide vaccinal des animaux ou de l'homme.

En revanche, il est possible que lorsqu'on inocule du sang en même temps que le liquide vaccinal on puisse inoculer la tuberculose. D'autre part, des boutons vaccinaux peuvent, en tant qu'érosions d'assez longue durée, jouer le rôle de porte d'entrée au bacille tuberculeux (cas de Besnier).

d. — Assez souvent c'est par l'intermédiaire d'un objet souillé par le virus

1. Les expériences de Hippolyte Martin l'ont conduit à admettre que du lait acheté au hasard à Paris sous les portes cochères est capable, dans les 2/3 des cas, d'engendrer la tuberculose, quand on l'injecte dans le péritoine de cobayes.

tuberculeux que se fera l'inoculation. J'ai relaté plus haut (page 273) plusieurs observations où des cataplasmes, des linges, des mouchoirs, etc., ont joué le rôle d'agents d'inoculation.

Il y a trois ans je fus consulté par un brasseur âgé de 30 ans, pour un placard de lupus non exedens siégeant à la face dorsale du nez et de nombreuses gommes scrofulo-tuberculeuses crues, ramollies, fistuleuses ou cicatrisées (gommes dermo-hypodermiques, gommes ganglionnaires) siégeant au niveau des régions sous-maxillaires, sterno-mastoïdiennes, sterno-claviculaires, axillaires et thoraciques.

L'histoire que me raconta spontanément le malade est des plus instructives. Né d'une famille très vigoureuse, très bien portant lui-même jusqu'à l'âge de 5 ans, il fit à cette époque une chute déterminant une plaie au niveau de la face dorsale du nez. Cette plaie fut pansée tous les jours au moyen de taffetas rose d'Angleterre que lui appliquait une bonne. Pour coller ce morceau de taffetas, la bonne le mouillait avec sa salive en le tenant dans sa bouche; elle le mettait ensuite sur la plaie. Or à cette époque cette bonne toussait et elle est morte phthisique quelques années après, comme l'a dit le médecin de la famille. La petite plaie du nez de l'enfant ne se cicatrisa pas, elle s'indura et peu à peu elle prit l'aspect du placard lupeux que le malade porte actuellement.

Quelques mois après le début du lupus, débutèrent les gommes scrofulo-tuberculeuses de la région sous-maxillaire. Quelques années après apparurent celles de la région sterno-mastoïdienne, puis de la région sterno-claviculaire. Après un traitement prolongé au moyen d'injections d'éther iodoformé, de naphtol camphré dans les foyers gommeux (le lupus avait été dès le début détruit et guéri complètement par ma méthode habituelle), traitement local secondé par un traitement général reconstituant et antiseptique, j'obtins la guérison complète de ce malade. Je l'ai envoyé deux années au bord de la mer, je l'ai revu il y a peu de temps et la guérison se maintient. Il me paraît évident que dans ce cas la scrofulo-tuberculose dermique, hypodermique et ganglionnaire dont fut atteint ce brasseur a eu pour point de départ l'inoculation de la plaie du nez par le taffetas souillé de salive tuberculeuse de la bonne phthisique.

Quel plus bel exemple pourrait-on choisir pour démontrer qu'on devient tuberculeux comme on devient phthisique : par inoculation.

Dans un cas j'ai vu un lupus myxomateux du lobule de l'oreille se développer chez une jeune fille, environ un an après qu'elle eut porté les boucles d'oreille d'une de ses cousines morte phthisique.

Le docteur Lespinne m'a communiqué un fait analogue : M... M..., jeune fille de 11 ans, ayant reçu en héritage d'une tante morte phthisique une paire de boucles d'oreille, se fit bien vite percer les lobules pour porter ces bijoux. Mais la petite ouverture faite dans ce but à l'oreille gauche tarda d'abord à se guérir, puis il se produisit une ulcération ; celle-ci se cicatrisa à la longue, mais pour laisser à sa place une infiltration lupeuse qui s'étendit en tache d'huile. Aujourd'hui, six ans après le début, le lupus non exedens occupe tout le lobule de l'oreille et commence à gagner la figure où l'on voit même deux petits nodules isolés.

Unna a relaté, en 1889, dans le *Wiener Med. Presse*, le cas d'une jeune fille de 13 ans, chez laquelle peu de temps après avoir porté des anneaux d'oreille d'une amie morte phthisique, apparurent sur les deux lobules des oreilles, mais surtout à gauche, des ulcérations tuberculo-gommeuses, lesquelles furent suivies d'engorgement des ganglions du cou à gauche et de tuberculisation du poumon gauche.

Il y a quelques années, se trouvait dans ma clinique une jeune fille de 20 ans atteinte de lupus tuberculeux légèrement exedens du lobule de l'oreille. Ce lupus débuta, il y a deux ans, peu de temps après qu'un horloger de Lille eut percé l'oreille de la jeune fille pour y placer des boucles d'oreille. L'oreille s'enfla d'abord et devint rouge. Ce gonflement et cette rougeur persistèrent malgré différents traitements conseillés par des médecins et des pharmaciens. Quand elle entra dans mon service, le lobule de l'oreille était le siège d'une infiltration lupeuse non ulcérée, sauf au niveau du point où se trouve l'orifice par lequel on passe la boucle d'oreille. En ce point il existait une croûte d'un jaune verdâtre, épaisse, recouvrant une ulcération très superficielle dont le fond était tapissé par des bourgeons charnus grisâtres, mous, saignant au moindre attouchement. Les ganglions cervicaux correspondants commençaient à se prendre. La jeune fille était d'une très belle constitution, il n'existait pas de phthisiques dans sa famille.

Fait majeur, l'horloger qui pratiqua l'opération était phthisique et est mort phthisique. Il ne nettoyait pas ses instruments.

Les crachoirs ont déterminé dans un assez grand nombre de cas des tuberculoses tégumentaires par inoculation, en particulier aux mains (lupus scléreux papillomateux, lupus tuberculo-gommeux, etc., etc.,) comme on pourra en trouver la relation dans la thèse de Lefèvre et comme Deneke, Tscherning, etc., en ont relaté des exemples.

Les D[rs] Charon et Gevaert ont publié, en 1889, dans la *Presse Médicale Belge*, un cas de lupus primitif de la plante du pied des plus nets, survenu à la suite d'une blessure faite en marchant sur un clou. Le père de l'enfant était tuberculeux. Ce fait nous montre que les planchers, le sol, souillés par le virus tuberculeux peuvent être la cause d'inoculations directes.

Je possède dans mes notes trois observations de lupus scléreux de la région métacarpo-phalangienne de la main (une fois de la main gauche, et deux fois de la main droite) survenu chez des enfants vivant dans un milieu tuberculisé, sur un sol (chambres et cours) souillé par les crachats de phthisiques. Dans ces cas, le lupus me semble avoir été inoculé de la façon suivante : les enfants étaient porteurs de légères excoriations au niveau de la main et des doigts. Ils jouaient beaucoup à la toupie dans le milieu infecté. En ramenant la toupie, dans le mouvement particulier qu'ils faisaient pour détacher la toupie du sol infecté de crachats tuberculeux, ils se sont inoculé les petites excoriations qui ont été le point de départ du lupus.

Pour Kœnig (15[e] *Congrès de la Société allemande de Chirurgie*, 1886), un cas de tuberculose locale des parois abdominales aurait eu pour cause des piqûres faites avec une seringue de Pravaz ayant servi chez un tuberculeux.

J'ai observé un lupus tuberculo-croûteux à foyers multiples, des plus carac-

téristiques, survenu au niveau de cicatrices consécutives à l'application de ventouses scarifiées. La scarification avait été faite par un herboriste qui pratiquait fréquemment cette opération au moyen d'un scarificateur à lames multiples. Etant donné le peu de soin avec lequel il nettoyait cet instrument et la fréquence des phthisiques dans sa clientèle, on peut supposer que c'est au moyen de ce scarificateur que la peau a été inoculée par le virus tuberculeux.

e. — Tantôt enfin, et le plus souvent, c'est d'une façon beaucoup moins précise, par l'air, par l'eau, par le sol, par des vêtements, par des objets de literie que se fait la contamination. Dans ces, cas l'on arrive parfois à trouver, dans l'entourage du malade, des individus ou des animaux tuberculeux. C'est ainsi qu'en dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 312 cas de lupus, je trouve 186 fois la phthisie probable dans l'entourage du lupeux. Voici comment se classent dans ces 186 cas, les personnes phthisiques de cet entourage :

Dans	47 cas	le père.
—	55	la mère.
—	24	la sœur.
—	27	le frère.
—	9	l'oncle.
	2	la tante.
—	3	le mari.
—	6	la cousine.
—	3	le patron.
—	10	des domestiques.

Je trouve en outre les lésions scrofulo-tuberculeuses suivantes chez les parents du lupeux. Ce tableau peut être aussi bien invoqué en faveur de l'inoculation directe du lupus que de son origine sanguine ou héréditaire.

Gommes scrofulo-tuberculeuses (dermo-hypodermiques ou ganglionnaires)	cicatrisées	3 fois chez la sœur	
		6 fois chez la mère.	
	en voie d'évolution	de la région sous-maxillaire.	3 fois chez le frère.
		— massétérine. . .	3 fois chez la sœur.
		— cervicale	4 fois chez la sœur.
		— maxillaire. . . .	3 fois chez la sœur.
Tumeurs blanches	cicatrisées	du genou.	2 fois chez le frère.
	en voie d'évolution	du coude avec ankylose . . .	5 fois chez la sœur.
		du genou avec ankylose . . .	3 fois chez la sœur.
Mal de Pott.		3 fois. — 2 fois chez le frère 1 fois chez la sœur.	
Lésions osseuses.		2 fois chez le frère. 3 fois chez la sœur	
Lupus (1)		27 fois. (Voir le tableau de la page 291.)	

(1). J'ai observé un cas de lupus vulgaire érythématoïde de la peau chez un jeune homme qui attribuait à son lupus l'origine suivante : Atteint de variole à l'âge de 17 ans, à peine guéri de la variole, il coucha avec un domestique atteint de lupus de la face.

Mais si le malade ne se souvient pas avoir jamais été en rapport avec des tuberculeux, il est évident qu'il n'en résulte pas pour cela qu'il n'a pas été, à un moment de son existence, en contact avec le virus tuberculeux. Quel est en effet le médecin qui oserait actuellement affirmer que telle personne ne fut jamais exposée à un moment de sa vie à la contamination tuberculeuse ? Il est inutile d'insister sur ce point, et je ne saurais mieux faire que de renvoyer le lecteur aux travaux modernes sur la tuberculose.

Une érosion, une plaie traumatique ou pathologique du tégument sont évidemment les conditions nécessaires de l'inoculation. C'est ainsi que très souvent le lupus de la face a été précédé d'un eczéma, d'un impétigo plus ou moins chronique de cette région, comme je l'ai pu constater chez un grand nombre de malades de mon service.

J'ai publié en 1884 à la page 39 de la thèse de Verchère, la relation des résultats que j'ai obtenus en inoculant des cobayes avec des croûtes d'impétigo recueillies chez des enfants. Dans la plupart des cas mes résultats furent négatifs. Les animaux demeurèrent sains ou présentèrent des lésions non en rapport avec le virus tuberculeux. Mais dans un cas j'obtins chez le cobaye une tuberculisation des plus évidentes, comme le démontrèrent non seulement l'autopsie, mais les recherches histologiques, bactériologiques et expérimentales. Ce fait tendrait à démontrer que l'impétigo de la face peut être dans certains cas tuberculisé par des bacilles venant de l'extérieur.

Grancher est ultérieurement arrivé à des conclusions analogues. Demme a même dans un cas trouvé de nombreux bacilles lupeux sous les croûtes d'un eczéma chronique de la paroi abdominale chez un enfant (*Centralblatt für Chirurgie*, 1887).

Il en est de même des lésions de la variole. Plusieurs malades que j'ai observés m'ont affirmé avec la plus grande netteté que leur lupus avait débuté peu de temps après une variole, une ou plusieurs pustules varioliques étant demeurées ulcéreuses et s'étant transformées progressivement en nodules lupeux.

Dans d'autres cas, c'est peu de temps après la cicatrisation complète des pustules varioliques qu'apparut le nodule lupeux.

La pustule vaccinale peut également jouer le rôle de porte d'entrée au bacille tuberculeux et être l'origine d'un lupus, comme l'a montré E. Besnier, à la page 576 des *Annales de Dermatologie*, 1889.

D'autres altérations tégumentaires amenant la dénudation épidermique, un furoncle, un abcès dentaire, l'érysipèle (comme je l'ai fréquemment observé), la séborrhée, l'acné, un bouton de Biskra (Renouard), des engelures, des brûlures, un vésicatoire, etc., etc., sont fréquemment signalés par les malades comme ayant été le point de départ de leur lupus. Il en est de même des plaies, coupures, piqûres, perforations, etc.

Dans certains cas même, l'on a fait intervenir des piqûres d'insectes et tout récemment Lipp (*Wiener Med. Presse*, 1889) relatait l'observation d'une femme

atteinte à l'âge de 42 ans de lupus de la face, des fesses et des grandes lèvres survenu à l'âge de 42 ans, chez laquelle d'après lui, le lupus se serait développé à la suite de l'inoculation de nombreuses plaies phthiriasiques par le virus tuberculeux.

Enfin la lésion peut être tellement superficielle qu'elle passe inaperçue. C'est le cas le plus fréquent et cela s'explique d'autant mieux que l'inoculation se fait évidemment dans le jeune âge pour la plupart des cas.

Il en est donc de la porte d'entrée comme de l'origine du virus. L'origine du virus est bien souvent obscure; la porte d'entrée a été bien souvent tellement étroite, si rapidement close et close il y a si longtemps qu'on ne s'en est pas aperçu ou qu'on ne s'en souvient plus.

Enfin il n'est pas encore absolument démontré, malgré les travaux de Verneuil et Nepveu, de Verchère, de Riehl et Paltauf, que l'inoculation du virus tuberculeux puisse se faire en dehors de toute excoriation épidermique, par l'orifice des glandes tégumentaires. Cette hypothèse est séduisante, elle s'accorde avec certains faits, mais elle attend encore une démonstration péremptoire.

Notons à ce propos que la présence des poils nombreux qui couvrent le cuir chevelu constitue évidemment un obstacle à l'inoculation externe directe de cette région, et rend compte peut-être de l'excessive rareté du lupus primitif du cuir chevelu.

II. — *Le tégument est inoculé indirectement, mais par continuité, par des foyers tuberculeux profonds (inoculation de dedans en dehors par des foyers tuberculeux profonds).*

C'est en vain qu'on chercherait dans les auteurs classiques et dans les travaux modernes une description et même une indication de l'inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. Les auteurs sont muets sur ce sujet. Seul Neumann, en 1880, dans son traité des maladies de la peau, à propos des abcès scrofuleux qui s'ouvrent sur la peau par une fistule persistante, signale la fréquence du lupus autour des orifices fistuleux (mais cela incidemment seulement et sans fournir aucune observation).

C'est depuis le travail de Renouard inspiré par E. Besnier (*loc. cit.* 1884) ; depuis mes cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur (1884-1885), publiées dans mes leçons sur les lésions élémentaires de la peau (*Journal des Connaissances médicales,* mai 1887), et mes leçons sur le lymphatisme, la scrofule et la tuberculose (*Bulletin médical,* 1888); depuis le travail de Jeanselme publié en 1889 dans les comptes rendus du *Congrès pour l'étude de la tuberculose* de 1888; et enfin depuis la thèse de L. Cronier (Paris 1889) que la question a été nettement posée et résolue.

J'ai beaucoup insisté depuis 1884 sur l'importance des relations qui existent entre l'existence d'un foyer tuberculeux profond et l'apparition d'un lupus, au point de vue de la démonstration de la nature tuberculeuse de ce dernier.

Comme je le disais dans les travaux précités « il est remarquable de voir les auteurs qui reconnaissent que les gommes scrofuleuses sont du tubercule, se refuser à admettre pour le lupus une nature identique. Cependant ces cliniciens ont dû voir souvent des tubercules de lupus border des cicatrices de gommes scrofuleuses, comme on voit parfois des tubercules syphilitiques border les cicatrices de gommes syphilitiques. C'est là un fait clinique majeur, selon moi, et que l'on s'étonne de ne pas voir mis en avant dans leur argumentation par les auteurs qui défendent la nature tuberculeuse du lupus. » — Et plus loin j'ajoute : « Il est encore un signe clinique (signe sur lequel l'attention n'a pas été attirée, que je sache, par les auteurs) qui prouve selon moi la nature tuberculeuse du lupus. C'est l'apparition du tubercule lupeux à la périphérie d'une gomme scrofulo-tuberculeuse en train de se cicatriser. Comme je l'ai fait observer dans mes leçons sur les lésions élémentaires de la peau, la raison semble en être que le centre cicatrisé est stérilisé, dépourvu de bacilles, tandis qu'à la périphérie il existe encore des parcelles de virus qui engendrent le lupus. Ce caractère à lui seul permettrait d'affirmer cliniquement la nature tuberculeuse du lupus. »

Remarque importante : contrairement à la tuberculose tégumentaire résultant d'une inoculation externe directe du virus tuberculeux, c'est sous l'aspect du lupus vulgaire classique que se montre presque exclusivement la tuberculose secondaire à des foyers tuberculeux profonds. Cela résulte d'une façon absolue des recherches de Renouard, des miennes, de celles de Jeanselme, de L. Cronier, de Dubois-Havenith. Ce fait est très remarquable, si l'on note que c'est à la périphérie de l'orifice fistuleux, résultant de la nécrose caséeuse et de l'ulcération du tégument par le foyer tuberculeux, que se produit l'éruption des lupômes classiques.

Il semblerait que c'est par suite de son éloignement du foyer tuberculeux riche en bacilles, que la tuberculose tégumentaire se présente sous une forme moins virulente, la forme lupeuse classique.

Cependant dans des cas très exceptionnels, la tuberculose cutanée par inoculation secondaire de foyers tuberculeux profonds peut, comme j'en ai vu trois exemples, se présenter sous l'aspect d'une des variétés atypiques du lupus vulgaire, le lupus scléreux papillomateux dans ses différentes sous-variétés. C'est ainsi que j'ai vu le lupus scléreux papillomateux se développer dans un cas autour d'une fistule consécutive à une carie du calcanéum et envahir la peau de la malléole externe et de la face externe du pied.

J'ai vu dans un deuxième cas le lupus scléreux papillomateux se développer autour d'une fistule consécutive à une coxalgie suppurée et envahir la peau de la région de la hanche.

J'ai vu dans un troisième cas le lupus scléreux papillomateux se développer autour d'une fistule de l'anus d'origine tuberculeuse et envahir la peau de la fesse et de la région péri-anale.

Besnier a observé à la suite d'une fistule péri-anale un lupus papillomateux de la fesse. Morel-Lavallée dans son intéressant mémoire sur la scrofulo-tuberculose

de la peau (*Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose* 1888-1890), relate une observation de lupus scléreux papillomateux de la main consécutif à une tuberculose du métacarpe.

Lyot et Gauthier ont publié en 1888, dans les Bulletins de la Société anatomique, une observation, dans laquelle une lésion osseuse d'origine tuberculeuse, ayant pour point de départ l'épicondyle, inocula la peau sous forme de lupus papillomateux (tuberculose verruqueuse).

Prioleau de Brives (De la tuberculose cutanée et des lymphangites consécutives à la tuberculose osseuse (*Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose* 1891) relate également un cas de lupus scléreux papillomateux, secondaire à une fistule osseuse, consécutive elle-même à une carie du premier métatarsien.

On pourrait multiplier ces exemples. Qu'il me suffise d'avoir montré que la tuberculose de la peau par inoculation interne, bien qu'elle se présente le plus souvent sous l'aspect du lupus vulgaire classique, peut se présenter sous l'aspect du lupus scléreux papillomateux, de même que la tuberculose tégumentaire par inoculation cutanée directe, bien qu'elle présente le plus souvent l'aspect de lupus scléreux papillomateux, peut aussi se présenter sous l'aspect du lupus vulgaire classique.

Quant au lupus érythémateux, jamais il n'a été signalé comme secondaire à un foyer tuberculeux profond. C'est là un fait d'observation sur la portée duquel il est inutile d'insister.

Le lupus tuberculeux naît ordinairement sur le bord libre cutané de la fistule par laquelle s'évacue le virus tuberculeux. Tantôt l'inoculation se fait peu après l'établissement de la fistule ; tantôt elle n'a lieu qu'après un temps considérable, parfois même plusieurs années.

Enfin il n'est pas rare de voir les premiers nodules lupeux apparaître dans le tissu cicatriciel qui a succédé à l'abcès guéri. Comme le remarque avec raison Jeanselme, quand on n'a pas assisté au développement progressif de la lésion cutanée, son mode de production passe presque toujours inaperçu. Cela est d'autant plus facile que fréquemment la cicatrice, point de départ du lupus, est masquée par la cicatrice lupique elle-même et devient invisible. Mais dans bon nombre de cas, il reste en un point de la plaque lupique, une cicatrice indurée et déprimée qui est comme le témoin de l'origine secondaire du lupus. Ce mode de développement devra surtout être soupçonné, si le lupus siège dans une région riche en glandes lymphatiques. Quelquefois la cicatrice ne paraît pas être, à un examen superficiel, en connexion avec le lupus ; c'est ce qui arrive par exemple lorsque celui ci affecte une marche ambulante et abandonne les régions primitivement envahies.

Ce mode d'inoculation secondaire de la peau n'est pas aussi exceptionnel qu'on pourrait le croire au premier abord, puisque sur 312 observations de lupus que j'ai recueillies, j'ai pu en observer 104 cas. Besnier, Renouard, Jeanselme, Cronier, Dubois-Havenith, en rapportent également bon nombre d'observations.

Les quatre sources principales de l'inoculation de la peau par des foyers tuberculeux profonds sont :

1° Les ganglions.
2° Les gommes scrofulo-tuberculeuses.
3° Les lésions osseuses et articulaires.
4° Et en dernier lieu les lésions viscérales profondes.

1° — Tous les ganglions voisins du tégument, lorsqu'ils sont tuberculisés, deviennent susceptibles, en s'ouvrant sur la peau, de l'inoculer sous forme de lupus.

Les ganglions sous-maxillaires latéraux et médians sont ceux qui présentent le plus souvent cette complication, probablement, comme l'observe Jeanselme, parce qu'ils suppurent très fréquemment. Puis viennent les ganglions rétro-auriculaires et sous-auriculaires, les ganglions de la chaîne du sterno-mastoïdien, enfin le ganglion épitrochléen, etc.

Je ne connais pas d'exemple de lupus consécutif à l'inoculation de la peau par des ganglions tuberculisés de la région inguinale et du creux poplité.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 312 cas de lupus, l'éruption lupeuse était consécutive dans 32 cas (pour quelques-uns des placards tout au moins) à une tuberculisation des ganglions, à savoir :

Ganglions	sous-maxillaires	15 fois
—	parotidiens	6 fois
—	préauriculaires	5 fois
—	de la chaîne du sterno-mastoïdien	4 fois
—	axillaires	1 fois
—	épitrochléens	1 fois

La lecture des travaux de Renouard et de Jeanselme complétera ce tableau.

2° — Les gommes tuberculeuses dermiques et hypodermiques, aussi souvent que les ganglions, donnent naissance au lupus. En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 312 cas de lupus, l'éruption lupeuse était consécutive dans 41 cas à des gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques et hypodermiques.

3° — L'origine ostéo-articulaire du lupus n'est peut-être pas plus rare que l'origine ganglionnaire ou gommeuse. En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée, depuis 1884, je constate que sur 312 cas de lupus, l'éruption lupeuse était consécutive dans 29 cas (pour quelques-uns des placards) à des lésions ostéo-articulaires, à savoir :

Tumeur blanche du poignet	6 fois
— — du coude	3 fois
Tuberculisation des os et articulation des doigts	6 fois
Tumeur blanche des articulations tibio-tarsiennes	3 fois

Tumeurs blanches et lésions osseuses du pied	4 fois
Coxalgie suppurée	2 fois
Dacryocystite tuberculeuse	5 fois

Volkmann a vu un lupus du doigt et du dos de la main se développer en connexion avec un spina ventosa. Il en est de même de Cronier et de Hallopeau (Voir thèse de Cronier). Volkmann a vu un lupus survenir à la suite d'une carie tuberculeuse du calcanéum.

Dans un cas relaté par E. Besnier, le lupus est apparu sur le moignon d'une cuisse amputée pour une tumeur blanche du genou.

Verneuil (Ulcérations tuberculeuses du moignon. *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1887), a fait une étude détaillée des ulcérations tuberculeuses des moignons d'amputation survenant après l'ablation d'un membre pour des lésions tuberculeuses.

Dans une observation publiée par Leser de Halle, le lupus a pris naissance autour d'une fistule consécutive à une coxalgie suppurée.

Lyot et Gauthier ont présenté à la Société Anatomique une observation de lupus atypique (lupus scléreux papillomateux) consécutif à une altération tuberculeuse de l'épicondyle.

Dandois de Louvain (*Revue médicale de Louvain*, 1886) rapporte le cas d'une enfant de 10 ans, « atteinte de suppuration et de carie du tibia consécutivement à une tumeur blanche du genou, présentant sur la jambe gauche une série d'ouvertures fistuleuses au niveau de chacune desquelles s'étaient développées les plus belles plaques de lupus qu'il ait pu observer ». Verneuil, Renouard, Morel-Lavallée, Prioleau, Lejars, etc., ont publié des observations analogues.

4° — Toute tuberculose viscérale se faisant jour à la peau pourra être l'origine d'une scrofulo-tuberculose tégumentaire. J'ai relaté plus haut l'observation d'un lupus atypique (scléro-papillomateux) de la région péri-anale consécutif à une fistule tuberculeuse du rectum. Besnier, Liebreicht ont publié chacun un fait analogue.

Je me souviens avoir vu, quand j'étais interne de mon regretté maître Vulpian, un cas de lupus, développé autour d'une fistule pleurale consécutive à un empyème pratiqué pour une pleurésie purulente, dont la mort du malade par phthisie pulmonaire permit de vérifier la nature tuberculeuse. Je ne connais pas de cas de lupus développé autour de fistules consécutives à une tuberculose testiculaire.

III° *Une tuberculose profonde peut-elle être suivie d'une tuberculisation du tégument, les tissus intermédiaires demeurant sains, du moins en apparence. (Inoculation indirecte et à distance du tégument par des foyers tuberculeux profonds.)*

Il n'est pas rare, quand on examine des lupeux, de trouver au-dessus d'un ganglion profond, tuméfié et volumineux une infiltration lupomateuse. Au premier

abord et à un examen superficiel, on pourrait croire qu'une fistule s'est ouverte à la peau et a été le point de départ de l'inoculation cutanée. Or, souvent l'étude la plus attentive ne permet pas d'admettre ce mécanisme. Le foyer lupeux siège bien au-dessus d'un ganglion profond tuméfié. Mais celui-ci n'est pas ulcéré, il n'est même pas ramolli, il est indolent, mobile, complètement indépendant du derme sus-jacent envahi par le lupus.

J'ai vu dans d'autres cas, à la suite de l'apparition d'une gomme scrofulo-tuberculeuse ganglionnaire ou hypodermique et dans un cas à la suite d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet droit, se produire, à une certaine distance de ces foyers tuberculeux, des placards lupeux disposés en bandes, en séries linéaires, suivant le trajet des lymphatiques.

Jeanselme a observé également un fait analogue où deux bandes de lupus suivaient l'une le faisceau des lymphatiques qui accompagnent les veines radiales, et l'autre les lymphatiques qui montent le long de la veine médiane. Il est très probable que dans ces cas une lymphangite tuberculeuse a été la voie de transmission entre le foyer tuberculeux profond et le foyer superficiel (placard lupeux).

D'ailleurs ce mécanisme est admis sans conteste pour les gommes scrofulo-tuberculeuses, et Lannelongue, Prioleau, etc., ont bien montré que les gommes scrofulo-tuberculeuses dermo-hypodermiques ou ganglionnaires qui apparaissent au cours des affections tuberculeuses des os et des articulations sont consécutives à des lymphangites tuberculeuses secondaires.

Enfin, à côté de ces formes de lymphangites tuberculeuses sériées et de voisinage que nous venons de signaler et dont nous avons longuement parlé à propos des complications du lupus, il faudra peut-être un jour décrire les formes partielles lointaines. Il est des cas où, à la suite de l'apparition d'un foyer tuberculeux profond, l'on voit se développer au loin, probablement secondairement, des gommes scrofulo-tuberculeuses et des placards de lupus typique et atypique. Peut-être ces foyers tuberculeux secondaires disséminés, sans ordre apparent, sont-ils en réalité reliés au foyer primitif par la tuberculisation du système lymphatique ?

Ponfick, Conheim, Cornil, etc., n'ont-ils pas démontré l'importance du rôle joué par ce système lymphatique dans la dissémination de la tuberculose, surtout en ce qui concerne les viscères ?

Peut-être des recherches ultérieures viendront-elles démontrer qu'il en est de même pour la dissémination du processus tuberculeux du côté du tégument.

Lejars, dans son travail sur la lymphangite tuberculeuse publié en 1891, dans les *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, a relaté un exemple remarquable de cette forme extensive de la lymphangite tuberculeuse. Dans ce cas les lésions tuberculeuses débutèrent au niveau de la face dorsale du pied gauche sous l'aspect de gommes scrofulo-tuberculeuses. Puis le membre inférieur droit et les membres supérieurs furent à leur tour envahis par une multitude de gommes scrofulo-tuberculeuses et de placards de lupus papillomateux. Il n'est d'ailleurs pas de dermatologiste qui n'ait observé à la suite de l'apparition d'un

foyer tuberculeux dermo-hypodermique, ganglionnaire, osseux ou autre, des faits analogues.

Pour ma part, je pourrais citer nombre de faits où quelque temps après l'apparition d'un foyer tuberculeux superficiel ou profond, se montrèrent des foyers secondaires disséminés et plus ou moins généralisés, sous forme de gommes scrofulo-tuberculeuses mélangées ou non de placards lupeux.

L'on peut même se demander si certaines variétés de lupus disséminé n'ont pas une origine semblable.

D'ailleurs, les cas où, à la suite d'une tuberculisation locale tégumentaire ou profonde se produisent à grande distance des foyers tuberculeux qui ne sont reliés en aucune façon par une succession de lésions du même genre au foyer primitif, constituent un terme de passage entre ces formes sériées partant du foyer primitif et les formes disséminées lointaines.

Ces faits sont très importants non seulement au point de vue théorique mais au point de vue pratique. Ils démasquent en partie une des voies de la propagation du virus tuberculeux et démontrent malheureusement l'insuffisance de nos moyens dans le traitement des tuberculoses locales.

On peut se demander à titre de simple hypothèse si, dans certains cas, une tuberculisation viscérale ne peut pas, en créant des lymphangites tuberculeuses, être à distance l'origine de foyers tuberculeux tégumentaires plus ou moins étendus et plus ou moins généralisés. Mais jusqu'ici nous ne possédons aucune observation qui puisse nous permettre d'indiquer seulement la possibilité de ce mode de tuberculisation du tégument.

IV. — *La scrofulo-tuberculose cutanée (lupus) est déterminée par une infection tuberculeuse d'origine hématique.*

On peut supposer que chez un sujet plus ou moins tuberculisé ou présentant déjà un ou plusieurs foyers de tuberculose confirmée, le bacille de la tuberculose, charrié par le torrent circulatoire, puisse se greffer et se développer sur la peau au même titre et tout aussi facilement que sur tout autre organe, les méninges par exemple, les os, les ovaires, les testicules, les ganglions, les séreuses, etc.

Pour Baumgarten, le principal défenseur de cette opinion, l'origine hématique du lupus serait la plus fréquente pour ne pas dire la seule (Baumgarten. *Lehrbuch der Pathologischen Mykologie*).

Il est bien connu et indéniable que dans le cours d'une tuberculose, de quelque nature qu'elle soit, les bacilles tuberculeux peuvent pénétrer dans le sang.

Il est évident que cette pénétration est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait antérieurement et qu'elle peut être l'origine de différents processus tuberculeux, en particulier de la tuberculose des os.

On conçoit très bien qu'un point quelconque de l'organisme devenu pour une raison ou pour une autre (pathologique, traumatique, etc.) un *locus minoris resis-*

tentiæ, puisse dans ces conditions être envahi par le processus tuberculeux. Ce sont peut-être de pareilles conditions qui expliqueraient dans certains cas l'apparition de lupus survenant au niveau d'une contusion, comme Raudnitz, d'autres auteurs et moi-même, en avons observé un certain nombre d'exemples.

Peut-être cette théorie hématique, métastatique, pourrait-elle expliquer dans certains cas l'apparition des foyers scrofulo-tuberculeux disséminés, des foyers lupeux disséminés, se montrant parfois à la suite d'une maladie générale (rougeole), etc. Malheureusement il n'existe pas jusqu'ici une seule observation démontrant d'une façon évidente cette origine hématique du lupus.

D'ailleurs, comme l'ont remarqué Charrin et Karth « le sang n'est pas pour le bacille tuberculeux un habitat naturel, c'est un lieu de passage; il est très exceptionnel même chez les tuberculeux pyrétiques de le rencontrer dans la circulation générale. » Mes recherches sur le bacille lépreux m'avaient, en 1886, amené à formuler des conclusions analogues dans mon *Traité de la Lèpre*.

V. — *Le foyer de scrofulo-tuberculose cutanée (Lupus) peut avoir une origine héréditaire.*

Contrairement à l'opinion si énergiquement défendue par Conheim (la Tuberculose considérée au point de vue de la doctrine de l'infection (traduction Musgrave-Cley, *Progrès Médical* 1882), le rôle de l'hérédité est incontestable dans l'origine de certaines tuberculoses, comme l'ont montré les travaux de Landouzy, H. Martin, Wahl, Demme, confirmés par les recherches de Hayem, Niepce, Damaschino, S. Bernheim, Leroux, etc., et le très remarquable travail de Lannelongue sur la tuberculose externe congénitale et précoce, publié en 1887 dans les *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose* dirigées par Verneuil.

Il semble donc que dans certains cas, très exceptionnels sans doute, le rôle de l'hérédité ne se borne plus à la transmission d'un terrain tuberculisable. Ce terrain n'est lui-même qu'un sol déjà ensemencé pendant la vie intra-utérine, sol dans lequel la graine n'est d'ailleurs pas appelée à germer d'une manière fatale.

Si cette opinion est vraie pour certaines localisations de la tuberculose, et elle paraît l'être, il n'est pas impossible qu'il en soit peut-être de même pour le lupus dans certains cas.

Un récent travail de A. Ollivier, sur l'hérédité du lupus, publié en 1891 dans les *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, tendrait à montrer qu'il en est ainsi. Il est d'ailleurs très probable que sous l'influence de l'hérédité, se produisent des dispositions structurales, des modalités de la nutrition encore inconnues, par suite desquelles chez tel individu, ce seront les méninges qui constitueront le meilleur terrain de culture du bacille tuberculeux, tandis que chez d'autres le tissu pulmonaire ou le tégument externe constitueront le milieu le plus favorable.

En tous cas, l'hérédité est rarement constatée en tant que lupus, mais elle

est évidente, comme nous l'avons vu plus haut, en tant que tuberculose. Cependant j'ai pu, parmi les 312 observations dépouillées en vue de ce travail, relever des cas d'hérédité ou de collatéralité dans l'affection lupeuse. En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que sur 312 cas de lupus, je relève les cas suivants de lupus existant chez les parents et les collatéraux du lupeux :

LUPUS CHEZ LES PARENTS ET LES FRÈRES ET SŒURS DU LUPEUX (1).

Père atteint de lupus exedens de la face.	Fille atteinte de lupus exedens de la face.
Père atteint de lupus de l'avant-bras.	Fils atteint de lupus de l'avant-bras.
Père atteint de lupus exedens de la face.	Fille atteinte de lupus non exedens de la face.
Père atteint de lupus scléreux papillomateux de la main.	Fils atteint de lupus tuberculo-gommeux du nez.
Père atteint de lupus non exedens de la face et de la muqueuse buccale.	Fille atteinte de lupus exedens de la joue droite.
Mère atteinte de lupus myxomateux de la face.	Fils atteint de tubercules lupeux développés sur une gomme scrofulo-tuberculeuse.
Mère atteinte de lupus exedens de la face et de la muqueuse labiale.	Fille atteinte de lupus non exedens de la joue gauche.
Mère présentant des tubercules lupeux développés sur des cicatrices de gommes scrofulo-tuberculeuses.	Fils atteint de lupus scléreux du coude.
Mère atteinte de lupus exedens de la face.	Fille atteinte de lupus exedens du nez.
Mère atteinte de lupus tuberculo-croûteux du centre de la face.	Fille atteinte de lupus de la joue gauche.
Mère atteinte de lupus exedens de la face.	Fille atteinte de lupus non exedens du nez et des joues.
Frère atteint de lupus du nez.	Sœur atteinte de lupus de la muqueuse nasale.
Frère atteint de lupus exedens de la face.	Sœur atteinte de lupus non exedens du nez.
Frère atteint de lupus tuberculeux de la face, de lupus scléreux de la main.	Sœur atteinte de lupus tuberculeux de la région massétérine.

(1) Le sujet inscrit à gauche est celui dont la tuberculose cutanée lupeuse a précédé celle du sujet inscrit à droite.

Frère atteint de lupus exedens de la face et de la muqueuse nasale.	Sœur atteinte de lupus non exedens de la joue gauche.
Frère atteint de lupus tuberculeux du nez, du cou, de la main.	Frère atteint de lupus scléreux du mollet.
Frère atteint de lupus du nez.	Sœur atteinte de lupus du centre de la face.
Frère atteint de lupus tuberculo-croûteux de la joue gauche.	Frère atteint de lupus non exedens du centre de la joue droite. (*Les deux enfants couchaient ensemble.*)
Frère atteint de lupus exedens du centre de la face.	Sœur atteinte de lupus exedens du nez et de la lèvre supérieure.
Frère atteint de lupus tuberculo-croûteux de la face, de lupus scléreux papillomateux du dos de la main.	Sœur atteinte du lupus myxomateux de la joue gauche et de l'oreille.
Sœur atteinte de lupus exedens du centre de la face.	Frère atteint de lupus non exedens de la joue droite.
Sœur atteinte de lupus tuberculeux de la face.	Sœur atteinte de lupus tuberculeux du 3e orteil.
Sœur atteinte de lupus tuberculo-gommeux du nez.	Sœur atteinte de lupus non exedens du nez et de la lèvre supérieure.
Sœur atteinte de lupus tuberculo-croûteux du nez.	Sœur atteinte de lupus non exedens de la joue droite.
Sœur atteinte de lupus exedens de la joue gauche.	Sœur atteinte de lupus exedens du nez et des joues.
Sœur atteinte de lupus non exedens de la face et du cou.	Sœur atteinte de lupus exedens du centre de la face.

Certaines conditions dues au sexe, à l'âge du sujet, à son tempérament, aux conditions climatériques et géographiques, semblent devoir être considérées comme des facteurs prédisposants d'une certaine importance. Ces différentes causes agissent en affaiblissant l'organisme, en préparant le terrain à l'inoculation tuberculeuse.

C'est ainsi que, comme l'ont démontré les recherches statistiques de tous les dermatologistes qui se sont occupés de la question, le lupus est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Ainsi sur 312 observations de lupus que j'ai recueillies, je constate que le lupus s'est développé 201 fois chez la femme et 111 fois chez l'homme.

Cette plus grande fréquence du lupus chez la femme s'accentuerait encore dans mes statistiques, si je ne rangeais parmi mes lupus atypiques (lupus scléreux) la tuberculose verruqueuse du tégument qui est plus fréquente chez l'homme que chez la femme et que beaucoup d'auteurs qui se sont occupés des statistiques du lupus ne rangent pas dans cette dernière affection. Comme le remarquent avec raison Besnier et Renouard, la fréquence et la gravité plus grandes du

lupus chez les femmes sont absolument dans le plan morbide régulier de la tuberculose.

L'âge est presque pathognomonique de l'affection lupique et de ses variétés. Le lupus est une maladie qui débute dans le jeune âge. Il commence de très bonne heure (le plus souvent de 2 à 19 ans). Par ce caractère on peut déjà différencier le lupus de la syphilis. A ce point de vue, le lupus vulgaire diffère également du lupus érythémateux. En effet, tandis que le lupus vulgaire est d'autant plus fréquent originairement qu'on se rapproche de l'enfance, le lupus érythémateux s'y montre très rarement pour devenir d'autant plus fréquent qu'on se rapproche de l'âge adulte.

En dépouillant les observations recueillies dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur et dans ma clientèle privée depuis 1884, je constate que dans 312 cas le lupus a débuté à l'âge de :

6 mois	=	1 fois	6 fois
10 mois	=	2 fois	
1 an	=	2 fois	
1 an 1/2	=	1 fois	
2 ans	=	9 fois	52 fois
2 ans 1/2	=	10 fois	
3 ans	=	15 fois	
4 ans	=	15 fois	
4 ans 1/2	=	3 fois	
5 ans	=	23 fois	61 fois
6 ans	=	15 fois	
6 ans 1/2	=	3 fois	
7 ans	=	6 fois	
8 ans	=	14 fois	
8 ans 1/2	=	5 fois	51 fois
9 ans	=	12 fois	
10 ans	=	15 fois	
11 ans	=	14 fois	
11 ans 1/2	=	5 fois	
12 ans	=	9 fois	49 fois
12 ans 1/2	=	3 fois	
13 ans	=	6 fois	
14 ans	=	3 fois	
15 ans	=	12 fois	
15 ans 1/2	=	10 fois	
16 ans	=	3 fois	
17 ans	=	3 fois	
18 ans	=	12 fois	21 fois
19 ans	=	9 fois	

20 ans	=	6 fois	36 fois
21 ans	=	3 fois	
22 ans	=	9 fois	
24 ans	=	5 fois	
25 ans	=	10 fois	
27 ans	=	3 fois	
28 ans	=	3 fois	
29 ans	=	4 fois	
30 ans	=	6 fois	
32 ans	=	5 fois	
33 ans	=	3 fois	
34 ans	=	2 fois	
40 ans	=	5 fois	
45 ans	=	3 fois	
46 ans	=	2 fois	
50 ans	=	1 fois	
59 ans	=	1 fois	
61 ans	=	1 fois	

On voit donc d'après ce tableau, que c'est autour de six âges, à savoir à l'âge de 3 ans, l'âge de 6 ans, l'âge de 10 ans, l'âge de 14 ans, l'âge de 20 ans, que s'accumulent la plus grande partie des débuts du mal. L'on voit aussi que c'est de 2 à 15 ans que ce début est le plus fréquent.

Le tempérament lymphatique, tel que je l'ai décrit au début de ce livre, se rencontre fréquemment chez les lupeux. Cela n'a rien qui doive nous surprendre, le tempérament lymphatique étant un terrain facilement tuberculisable. Il en est de même de tous les chefs amenant un ralentissement de la nutrition, une dystrophie constitutionnelle.

Conditions climatériques et géographiques.

Si l'on s'appuie sur les recherches de Bardeleben, Ternrath, Raudnitz, Sattler, Pontoppidan, le lupus serait plus fréquent à la campagne qu'à la ville. D'après Hebra il serait aussi fréquent à la ville qu'à la campagne. Suivant Renouard au contraire, il serait plus fréquent dans les villes et surtout dans les grandes villes. Mes statistiques concordent avec celles de Renouard et des médecins de l'hôpital Saint-Louis. Ainsi sur 312 observations de lupus que j'ai recueillies, 113 venaient de la campagne, 189 venaient de la ville.

Mais l'on conçoit que ces statistiques varieront beaucoup suivant la clientèle spéciale du médecin, suivant qu'il exerce à la ville ou à la campagne. Il faut noter aussi que d'ordinaire les malades de la campagne sont, pour une raison ou pour une autre, plus insouciants que ceux de la ville et ne viennent souvent consulter le spécialiste que lorsque leur lupus est déjà très avancé.

Les recherches des auteurs précités et les miennes semblent démontrer que le nombre des lupeux augmente avec les climats tempérés, froids et humides, où il atteint son maximum. Il en est d'ailleurs de même de la scrofulo-tuberculose.

Aussi est-il fréquent en Allemagne au niveau des régions rhénanes inférieures et de la mer Baltique, dans le Hanovre, sur la rive gauche de l'Elbe et dans le Schleswig-Holstein, comme je l'ai pu constater dans les voyages que j'ai faits dans ces pays.

Il est également fréquent en Danemark, en particulier le long de la côte ouest du Jutland, comme je l'ai pu voir après Sattler (*de lupo exedente*, Kiel, 1847). J'ai observé également de nombreux cas de lupus en Finlande, en Hollande, dans les provinces flamandes de la Belgique, en Saxe, en Bohême, en Autriche-Hongrie.

Il est également d'une fréquence extrême dans notre région du Nord de la France qui, à ce point de vue, peut être comparée à la Westphalie. Par contre, si le lupus est fréquent en Allemagne, en Autriche et en France, il est plus rare en Angleterre et en Irlande.

Il est très rare sous le climat sec de l'Amérique du Nord, et Pontoppidan dit ne l'avoir pas observé dans les climats doux, égaux, des Indes occidentales, des Iles Sandwich. Renouard écrit n'en avoir pas observé un seul cas pendant un long séjour à l'île de la Réunion.

En un mot, ces renseignements climatériques et géographiques, bien insuffisants d'ailleurs, démontrent que le lupus, de même que la scrofulo-tuberculose, se rencontre partout (exception faite de l'Angleterre et de l'Irlande) dans les climats tempérés, humides et froids. Le fait avait été d'ailleurs bien connu par les anciens auteurs.

Par rapport à la masse totale des affections cutanées, ma statistique me donne, de 1884 à 1892, 312 cas de lupus (dont 201 chez les femmes et 111 chez les hommes) sur 6.243 cas d'affections cutanées en général. Dans ces 6.243 affections cutanées ne sont pas comprises les syphilides. Dans mes cas de lupus ne sont pas compris les lupus érythémateux vrais, ce qui me donne une proportion d'environ 4,99 cas de lupus vulgaire pour 100 cas d'affections cutanées (syphilides non comprises).

La proportion est bien moindre en Angleterre et la statistique de E. Wilson donne 56 cas de lupus (et encore y range-t-il le lupus érythémateux) sur 9.000 maladies cutanées ; soit un peu plus de 1 pour 200.

En Amérique, d'après Duhring, il n'y aurait que 45 cas de lupus (y compris l'érythémateux) sur 16.863 cas de maladies de la peau!! Soit 0,3 pour 100.

Ainsi donc les causes précédentes, de même que l'hérédité dans la plupart des cas, doivent être considérées comme des causes prédisposantes, créant un type nutritif vicié rendant l'individu apte à se tuberculiser aussi bien d'une façon locale que générale. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire toujours que la santé de l'individu soit altérée, en apparence tout au moins, pour qu'il soit atteint d'une scrofulo-tuberculose tégumentaire, d'un lupus.

Assez fréquents sont les cas où l'on voit se développer un lupus sur un sujet

jouissant en apparence d'une santé parfaite. Le fait n'a rien qui doive nous surprendre étant donnée l'origine probablement fréquente du lupus par inoculation interne.

Quant aux causes occasionnelles, elles sont nombreuses et ne peuvent en aucune façon être distraites du processus pathogénique que nous avons étudié plus haut. Elles agissent en fixant le virus tuberculeux. Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de savoir quelle valeur réelle il faut attribuer à ces causes occasionnelles dans la pathogénie du lupus. Il faut se tenir en garde contre les raisons invoquées par le malade. Néanmoins ces causes occasionnelles peuvent se diviser de la façon suivante :

Tantôt c'est une altération tégumentaire amenant la dénudation épidermique, l'eczéma, l'érysipèle, l'impétigo, un furoncle, un abcès dentaire, la séborrhée, l'acné rosée, des comédons, la variole, un bouton de Biskra (Renouard), un vésicatoire, une brûlure, des engelures, etc.

Tantôt c'est une piqûre d'insecte, une coupure, une plaie déterminée par un frottement de chaussure, le tatouage, le percement du lobule de l'oreille, les scarifications de ventouses, etc., etc., que l'on retrouve avec précision dans les renseignements fournis par le malade.

Il est alors légitime de supposer que la solution de continuité du tégument a joué le rôle de porte d'entrée au bacille tuberculeux et que l'on se trouve en présence d'un lupus par inoculation externe directe.

Dans d'autres circonstances c'est un traumatisme ou un frottement continuel n'ayant pas amené de dénudation épidermique (chute, coups, frottements de chaussures, frottement du genou chez un parqueteur, etc.), qui ont précédé l'apparition *in loco* du lupus.

Il en est fréquemment de même, on le sait, d'après le dire des malades ou des parents tout au moins (qui veulent souvent cacher la cause réelle, la scrofulo-tuberculose) pour les tumeurs blanches (coxalgies, maux de Pott, etc.). Aussi ne saurait-on trop se méfier des renseignements que donne le malade.

Faut-il admettre, dans les cas où il existe réellement une relation de cause à effet entre la contusion et l'apparition du lupus, que l'afflux sanguin et la création d'un *locus minoris resistentiæ* résultant du traumatisme ont favorisé le développement de l'agent tuberculeux préexistant? Il est bien difficile de le dire.

Enfin parfois, c'est à la suite d'un état pathologique antérieur, la rougeole (comme je l'ai observé plusieurs fois), la fièvre typhoïde, un rhumatisme articulaire aigu (Renouard), la grossesse, etc., etc., que l'on voit apparaître la scrofulo-tuberculose tégumentaire.

L'on peut se demander si dans ces cas, sous l'influence de l'altération générale de l'organisme, le virus tuberculeux étant passé dans le torrent circulatoire et tendant à s'éliminer par le tégument en particulier (comme c'est une règle en pathologie générale) n'a pas rencontré en un ou plusieurs points du tégument un *locus minoris resistentiæ* favorisant l'inoculation du virus tuberculeux.

DIAGNOSTIC

Après tout ce que nous venons de voir, le diagnostic du lupus sera en général facile. Aussi serons-nous bref sur ce chapitre. Cependant dans des cas exceptionnels, le médecin pourra hésiter entre le lupus et les affections suivantes :

En première ligne, la syphilis; l'épithéliome; la lèpre systématisée tégumentaire; la tuberculose franche du tégument; l'eczéma; l'impétigo; le psoriasis; le lichen plan; l'acné; le lupus érythémateux; les verrues; les papillômes; le bouton des pays chauds; mes périfolliculites suppurées et conglomérées en placards; la morve; certains sarcômes; le rhinosclérôme; certains nœvi; l'éléphantiasis nostras; le pied de Madura, etc., etc.

C'est surtout avec la Syphilis que le diagnostic peut être parfois difficile.

D'une façon générale ce diagnostic se basera sur les faits suivants : le lupus débute le plus souvent dans les premières années de la vie, avant la puberté, comme l'a fait justement remarquer Neisser, tandis que les syphilides, pouvant être confondues avec le lupus, apparaissent plus tardivement; le lupus évolue presque toujours d'une façon très lente, les syphilides au contraire évoluent d'ordinaire rapidement, surtout à partir du moment où elles s'ulcèrent; le lupus est (réserve faite pour les cas exceptionnels), une affection régionale, aimant à se cantonner en un endroit du tégument, la syphilis se fait très souvent remarquer par la multiplicité de ses plaques.

Les autres caractères différentiels permettant de distinguer le lupus des syphilides sont très nombreux, mais moins nets, moins précis, moins importants.

Le lupus non exedens se distinguera des syphilides tuberculeuses ou tuberculo-gommeuses sèches, par la mollesse plus grande de ses tubercules ; leur coloration en général plus jaunâtre, un peu transparente, moins sombre et moins violacée que celle de la syphilis ; leur groupement moins méthodique, leur rapprochement moins serré, leur volume plus grand, leur tendance beaucoup moins prononcée à la disposition circinée et surtout à la disposition en demi-cercle.

Ajoutons à cela que les placards de syphilides tuberculeuses sont en général multiples et que leurs contours sont bien plus nettement tracés, plus réguliers, que les contours des placards lupeux.

Le lupus exedens se distinguera des syphilides ulcéreuses : par ses ulcérations plus superficielles, moins étendues, bien moins douloureuses que les ulcérations syphilitiques. Les ulcérations du lupus n'offrent jamais l'aspect circiné, réniforme que présentent si souvent les ulcérations syphilitiques.

Leurs bords sont décollés, usés, aplatis, rétractés, et non taillés à pic, à l'emporte-pièce comme ceux de la syphilis; ils sont bien moins infiltrés, bien plus mous, plus fongueux, plus facilement dilacérables au moyen du stylet ou de la curette que les bords des ulcérations syphilitiques.

Le fond de l'ulcère lupeux est bourgeonnant, mou, dépressible, d'un rose blafard ; il saigne facilement et se continue assez graduellement avec les bords de l'ulcère. Dans la syphilis le fond est anfractueux, raviné, granuleux, mûriforme, bourbillonneux, putrilagineux, lardacé.

Quant aux croûtes, elles sont en général plus gris-jaunâtres ou brun-jaunâtres, moins vert foncé, moins épaisses et moins saillantes, plus enchâssées, plus molles que celles de la syphilis.

Les cicatrices du lupus sont d'ordinaire gaufrées, dures, rétractiles; tandis que celles de la syphilis sont lisses, blanches, arrondies ou ovalaires, nacrées au centre, et souvent fortement pigmentées à la périphérie.

Le centre cicatriciel dans le lupus serpigineux présente parfois quelques tubercules disséminés çà et là, ce qui n'arrive jamais dans la syphilis.

Notons en outre que, lorsque la syphilis envahit le nez, l'effondrement de sa charpente osseuse se produit souvent avant toute lésion de la peau, tandis que, si le lupus détruit les cartilages du nez, ce n'est qu'après avoir envahi antérieurement les parties molles.

Les lésions du squelette osseux de la région naso-pharyngo-buccale sont fréquentes et caractéristiques dans la syphilis.

Remarquons enfin que le lupus ne détruit jamais les tissus, le nez en particulier, à l'emporte-pièce comme la syphilis; que le lupus de la face et du nez, en particulier, est bien plus fréquemment bilatéral et symétrique que les syphilides de ces régions.

Cependant la coexistence de tous ces symptômes n'est pas constante, et dans les cas difficiles où le diagnostic devient extrêmement ardu, même pour l'œil le plus exercé, il faudra toujours rechercher avec le plus grand soin à la périphérie de la lésion ou dans les cicatrices, le lupôme primaire qui viendra quelquefois éclairer le diagnostic d'une façon absolue.

Parfois d'ailleurs il ne faudra pas s'obstiner à vouloir faire le diagnostic dès un premier examen. Le lupus récidivant avec opiniâtreté, on ne tardera pas, après quelques semaines d'observation, à voir survenir des nodules lupeux caractéristiques, dont l'apparition permettra d'établir le diagnostic d'une façon ferme.

Enfin il ne faudra jamais négliger d'étudier soigneusement les antécédents,

les commémoratifs, les phénomènes concomitants. Dans les cas difficiles, il sera nécessaire d'avoir recours à l'examen histologique, à la recherche des bacilles, aux inoculations expérimentales, et au traitement antisyphilitique pierre de touche.

L'Epithéliome se distinguera du lupus par sa dureté chondroïde spéciale, les petites perles épithélioïdes qui se trouvent à son niveau, l'aspect caractéristique de ses bords, les douleurs spontanées qui l'accompagnent le plus souvent, son début à un âge plus avancé que le lupus.

Le « rodent ulcer » des Anglais, qui n'est autre chose qu'une variété d'épithéliome envahissant surtout la face et en particulier l'une des ailes du nez, se distinguera à son début du lupus, par les caractères particuliers de ses bords. Ceux-ci constituent une sorte d'anneau étroit, surélevé, blanchâtre, de dureté cartilagineuse, entourant l'ulcération croûteuse déprimée. Plus tard, comme le remarque avec raison Balmano-Squire, la profondeur considérable de l'ulcération qui détruit tous les tissus, même les os, l'aspect lisse, luisant et jaune pâle de l'ulcération et ses bords caractéristiques, suffiront pour établir le diagnostic différentiel.

Des considérations semblables sont applicables au rodent ulcer serpigineux.

Enfin le rodent ulcer, de même que l'épithéliome, est une affection de l'âge mûr et de la vieillesse et n'envahit en général qu'un côté de la face.

Mais, dans des cas exceptionnels, comme le remarquent avec raison Besnier et Doyon : « certaines formes d'épithéliomes diffus du centre de la face, primitives ou plus souvent secondaires à des syphilides de la région éteintes, présentent des caractères d'une ambiguïté telle, que l'on n'arrive au diagnostic exact ni immédiatement, ni avec facilité. Dans ces cas où l'ulcération peut être entourée d'une zone livide, molle, comme dans le lupus, on en est réduit à apprécier la dureté du fond, à remarquer que la sécrétion ichoreuse est moins concrescible, les croûtes moins épaisses ou absentes, les bords plus abrupts ; le traitement ordinaire du lupus ne réussit pas, la lésion reste immuable ou au contraire poursuit sans arrêt son évolution phagédénique, etc. »

Dans de pareils cas, le diagnostic entre l'épithéliome, la syphilis et la scrofulo-tuberculose (lupus) phagédénique du centre de la face est quelquefois des plus difficiles.

C'est dans de pareils cas que l'on devra également songer à la possibilité de la Morve, du Farcin chronique.

J'ai observé il y a deux ans dans le service de E. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de farcin chronique du centre de la face, où le diagnostic demeura longtemps hésitant entre la syphilis, l'épithéliome, la tuberculose, et où Besnier vint brillamment poser le diagnostic : farcin chronique. Ce diagnostic fut vérifié par les recherches bactériologiques et expérimentales de Trasbot et Quinquaud. J'ai sous les yeux la relation et la reproduction de ce très remarquable cas, que Besnier m'a envoyées et qui paraîtront prochainement dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau.*

Hallopeau et Wickham ont publié en 1888, au Congrès international de la Tuberculose, une observation de lupus à nodules rapidement suppurants, dissé-

minés, dans lequel le diagnostic d'avec la morve présentait une certaine difficulté.

La Lèpre systématisée tégumentaire peut, dans des cas exceptionnels, être confondue avec le lupus de la face. J'ai vu entre autres, dans une léproserie norvégienne, un sujet atteint de lupus de la face placé dans une salle de lépreux. J'ai vu, chez un mulâtre et chez un nègre, la lèpre systématisée tégumentaire de la face singer au plus haut degré le lupus non exedens léontiasique de cette région.

Je renvoie le lecteur à mon *Traité de la Lèpre* pour les détails du diagnostic différentiel. Celui-ci sera toujours facile, si l'on recherche avec soin les troubles de la sensibilité qui sont constants dans la lèpre, et si l'on examine une parcelle du tissu pathologique que l'on trouvera farcie de bacilles lépreux caractéristiques, s'il s'agit de la lèpre systématisée tégumentaire.

L'Ulcération tuberculeuse proprement dite se distingue assez aisément du lupus exédens. On la trouve au voisinage des orifices naturels, unique ou multiple, accompagnée ou non d'ulcères des cavités muqueuses sur un seul point ou sur plusieurs, irrégulière de forme, quelquefois avec des coulées latérales (Besnier). Ses bords sont incisés quelquefois profondément, entourés d'une zone livide plus ou moins marquée. Son fond est plat, inégal, étalé, mamelonné, rose pâle, quelquefois profondément excavé comme sur le gland, granuleux, anfractueux, (Vidal). Au niveau de ces ulcérations ou de leurs bords, l'on trouve les granulations miliaires tuberculeuses caractéristiques (grises, rouges ou jaunes). Ces ulcérations sont douloureuses, parfois très douloureuses. Les malades porteurs de ces lésions sont en général presque toujours atteints de phthisie pulmonaire.

J'ai vu le Sarcôme de la face, un Nœvus, être pris par des médecins pour un lupus; réciproquement j'ai vu le lupus de la face être pris par des médecins pour un nœvus et pour un sarcôme.

J'ai vu le lupus myxômateux et le lupus colloïde être pris pour des nœvi ou pour un Colloïd milium.

Le diagnostic du lupus scléreux papillomateux devra se faire avec les Verrues simples, les Papillomes accidentels, les ulcérations papillomateuses et la variété papillomateuse de l'affection que j'ai décrite en 1884 sous le nom de Périfolliculites suppurées conglomérées en placards.

La différenciation se fera en se basant sur l'ensemble des caractères, la marche, l'évolution, les complications, les commémoratifs et au besoin sur l'examen histologique, bactériologique et expérimental.

Le lupus scléreux plan a été quelquefois confondu avec le Lichen plan ou avec certaines variétés d'Eczéma chronique, fortement infiltré et localisé.

Le pseudo-éléphantiasis strumeux, que nous avons étudié plus haut, devra être distingué dans certains cas de l'Eléphantiasis nostras. Dans ces cas, même dans les déformations les plus extraordinaires, l'on retrouvera, à la périphérie des surfaces altérées, des foyers scrofulo-tuberculeux, des nodules lupeux ou des cicatrices qui, avec les autres phénomènes concomitants observés chez le malade, permettront de poser le diagnostic.

J'ai vu dans un cas, dans le service de E. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis, un

lupus du pied présenter une assez grande analogie avec l'affection exotique désignée sous le nom de Pied de Madura. Ce fait remarquable a été publié en 1890 par E. Vidal dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau.*

J'ai vu dernièrement un malade qui me fut envoyé par un médecin avec le diagnostic lupus du membre inférieur, et qui était atteint non pas de lupus, mais de Diabétides chroniques ulcéreuses de ce membre.

Je me borne à signaler le Bouton des Pays chauds et mes Périfolliculites suppurées conglomérées en placards comme pouvant être parfois l'objet d'un diagnostic différentiel d'avec le lupus.

Quant au Rhinosclérome, il présente des caractères tellement particuliers et au point de vue clinique (dureté spéciale, etc.), et au point de vue histologique (bacilles encapsulés), que toute erreur de diagnostic est impossible pour un médecin qui a déjà vu un rhinosclérôme.

L'Acné et en particulier l'Acné rosée ont pu dans certains cas être confondues avec le lupus, surtout lorsque l'infiltration lupeuse se localisait à la périphérie des glandes sébacées. Il y a parfois en effet coïncidence de l'élément acnéique et de l'élément lupique.

Je renvoie le lecteur pour l'étude de ce diagnostic différentiel à l'article Acné que j'ai publié en collaboration avec E. Vidal dans notre *Traité des maladies de la peau.*

Il est une variété d'acné pouvant, dans certains cas, par l'aspect de ses lésions élémentaires, singer au plus haut degré le lupus de la face. Je veux parler de cette variété d'acné encore mal décrite, encore mal connue et due sans doute (comme me porteraient à le supposer des recherches que j'ai entreprises sur ce sujet) à l'action de certains agents de la suppuration : l'Acné lupoïde.

Dans ces cas difficiles, seul un examen attentif de l'affection, une étude suivie de son évolution, de sa marche, des commémoratifs, enfin au besoin l'examen histologique, bactériologique et les inoculations expérimentales, permettront de faire le diagnostic.

Le lupus érythémateux présente un aspect et des caractères tellement différents de ceux du Lupus vulgaire qu'il est inutile d'insister sur son diagnostic différentiel.

Seules certaines variétés atypiques du lupus vulgaire que j'ai décrites sous le nom de lupus vulgaire érythématoïde pourraient faire hésiter.

Je renvoie le lecteur à mon travail sur le lupus vulgaire érythématoïde publié en mars 1891 dans les *Archives de Physiologie* et au chapitre relatif à cette variété de lupus vulgaire étudiée page 99.

Quelques médecins inexpérimentés confondent parfois le lupus avec les Eczémas, les Impétigos, le Psoriasis, les Lichens, etc. ; il suffit de mentionner la possibilité de ces erreurs.

Quant au lupus des muqueuses, son diagnostic est des plus difficiles, quand il est primitif. Nous l'avons étudié suffisamment plus haut au point de vue général, au point de vue de ses localisations et au point de vue diagnostic pour n'avoir plus à y revenir.

PRONOSTIC

Ce que nous avons dit dans les chapitres précédents de la symptomatologie, de l'évolution, de la durée et des complications du lupus nous permettra d'être bref en ce qui concerne le pronostic de cette affection.

Quatre considérations majeures dominent le pronostic du lupus :

1° La durée du mal.

2° Les récidives.

3° Les délabrements dus à l'évolution du mal ou au traitement que celui-ci a nécessité.

4° Les complications dépendant de la nature même du lupus, c'est-à-dire l'absorption, la dissémination, voire même la généralisation du virus tuberculeux puisé dans cette tuberculose tégumentaire primitive, le foyer scrofulo-tuberculeux, le lupus.

1° — D'une façon générale on peut dire que la durée du lupus est indéfinie, s'il n'est enrayé par une intervention thérapeutique énergique. Cependant dans des cas exceptionnels, le lupus s'étant montré sur un point bien limité et sur une étendue peu considérable peut, après avoir persisté pendant 2, 3, 5, voire même pendant 10 et 15 ans, disparaître pour ne plus reparaître en laissant à sa suite une cicatrice. Dans d'autres cas, on voit chez un sujet atteint de lupus disséminé, un ou plusieurs placards se cicatriser spontanément.

La guérison spontanée du lupus est indéniable, quoi qu'en disent certains auteurs.

De même que toutes les scrofulo-tuberculoses tégumentaires, le lupus peut donc guérir, sans aucun traitement, mais cette guérison spontanée est tout à fait exceptionnelle et est beaucoup plus rare en ce qui concerne le lupus qu'en ce qui concerne les gommes scrofulo-tuberculeuses tégumentaires.

D'ailleurs cette guérison spontanée n'est souvent que passagère, et très fréquemment au bout de quelques mois, plus souvent au bout d'un certain nombre d'années, on voit apparaître un nouveau foyer lupeux au niveau, au voisinage ou à une certaine distance de l'ancien.

Il faut se mettre en garde contre de pareils faits qui pourraient, dans certains cas, faire supposer que le lupus s'est primitivement développé à un âge avancé de la vie, alors qu'il n'est au contraire qu'une récidive d'une première poussée lupeuse survenue dans la jeunesse.

Mais presque toujours la durée du mal est indéfinie, si l'art n'intervient pas. Ce qui vient singulièrement aggraver le pronostic, ce sont les récidives qui se produisent dans les lupus même traités, récidives tellement fréquentes, tellement constantes presque, qu'elles constituent un des caractères de l'évolution du lupus.

2° Comme nous l'avons dit plus haut et comme nous le redirons à propos du traitement, les récidives sont toujours à craindre, non seulement dans les lupus guéris spontanément, mais encore dans les lupus guéris après les meilleurs traitements.

Je ne dis pas que ces récidives sont fatales, nécessaires. Il m'a été donné de soigner un certain nombre de cas de lupus où ces rédicives, après un traitement très sérieux, ne se sont pas montrées depuis une douzaine d'années. Mais oserais-je dire qu'elles ne se produiront pas dans quelques années? Je l'espère, je le suppose, mais je ne puis l'affirmer.

Concluons donc en disant que les récidives du lupus, sans être absolument nécessaires, sont excessivement fréquentes, à une échéance variable comme date.

Nous verrons cependant au chapitre « Traitement » qu'une thérapeutique appropriée, bien suivie, peut retarder les dates d'échéance et diminuer l'intensité des récidives, au point d'avoir pour résultat une série de guérisons de très longue durée, pouvant aboutir à une guérison absolue, même dans les lupus les plus sujets aux récidives.

Le pronostic du lupus varie beaucoup suivant la forme, la variété de lupus à laquelle on a affaire. C'est ainsi que, au point de vue de la guérison absolue, un lupus tuberculo-gommeux bien localisé, non serpigineux, fût-il profondément ulcéreux et assez étendu, guérira bien plus facilement, plus sûrement et d'une façon bien plus durable, qu'un lupus serpigineux à petits tubercules non exedentes isolés ou disséminés, bien que ce lupus non exedens présente une apparence bien moins redoutable, bien moins effrayante que ce lupus tuberculo-gommeux.

De même, les placards lupeux constitués par des tubercules disséminés, enchâssés dans du tissu scléreux, sont toujours d'un pronostic grave au point de vue des récidives.

Nous avons vu plus haut que le pronostic du lupus exedens ou non exedens est toujours des plus sérieux et que cette gravité atteint son maximum dans les

cas de lupus serpigineux disséminé. Ce que nous avons dit du lupus phagédénique (Voir page 79) nous permet de signaler seulement l'excessive gravité de son pronostic. Certains lupus caractérisés par une infiltration diffuse d'apparence œdémateuse ou érysipélatoïde mal limitée sont d'un pronostic défavorable au point de vue du traitement et récidivent facilement.

Les variétés atypiques du lupus vulgaire que nous avons étudiées plus haut sous le nom de lupus myxomateux, de lupus scléreux (surtout la variété plane profonde), sont difficiles à traiter et récidivent facilement. Le lupus myxomateux récidive parfois excentriquement et suit alors fréquemment une marche serpigineuse.

Chez certains sujets cachectisés, l'on a beau soigner attentivement le lupus, il ne guérit pas, ou s'il guérit passagèrement et incomplètement d'ailleurs, il récidive avec une facilité désespérante.

Enfin il est des lupus qui, malgré les traitements les plus variés et les mieux institués, résistent à toute thérapeutique, récidivent d'une façon pour ainsi dire subintrante, et même dans certains cas semblent être exaspérés par le traitement. Cependant il ne faut pas outre mesure assombrir le pronostic et nous pouvons dire que dans l'immense majorité des cas, un placard lupeux bien situé, pas trop étendu, guérira s'il est bien traité.

J'ai parlé plus haut des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire, je n'ai pas à y revenir. Nous avons vu que l'âge avancé du sujet exerce souvent sur l'évolution du lupus une action en quelque sorte retardante.

3[e] — Le lupôme en évoluant laisse toujours à sa suite une cicatrice. Nous avons assez insisté plus haut sur ces cicatrices pour ne pas y revenir.

Le traitement, ne guérissant le lupus qu'en produisant du tissu cicatriciel, laissera toujours à sa suite une cicatrice plus ou moins apparente.

Il faut savoir néanmoins que toute surface tégumentaire qui n'est pas détruite par le lupus, mais qui est simplement tuméfiée, hypertrophiée par l'infiltrat lupômateux, la déformation fût-elle extrême, peut, sous l'influence d'un traitement approprié, sagement appliqué et minutieusement suivi, être restituée à l'état de cicatrice de niveau souvent des plus parfaites.

J'ai présenté, en 1891, au Congrès international de la Tuberculose, un album renfermant un grand nombre de photographies des plus instructives à cet égard, représentant l'aspect de l'affection lupeuse avant le traitement et l'aspect de la cicatrice après le traitement.

Au contraire, les lupus profondément destructifs laisseront toujours à leur suite des cicatrices prononcées, malgré le traitement le mieux approprié.

Il est vrai que le pansement méthodique des plaies thérapeutiques, au moyen de substances diverses, leur surveillance et leur cautérisation minutieuse avec le crayon de nitrate d'argent, donneront souvent au point de vue cicatriciel des résultats esthétiques extraordinaires, inespérés. La cicatrice une fois faite, un traitement approprié pourra encore l'améliorer, comme nous le verrons. On conçoit très bien que le pronostic basé sur le facteur: délabrements, variera beaucoup suivant le siège, la profondeur de l'infiltrat lupeux.

Il est évident que de toutes les localisations du lupus, la plus grave est celle qui se fait à la face, en particulier au niveau des orifices naturels de cette région. Le lupus des paupières est toujours très grave.

Nous avons insisté plus haut sur la gravité du lupus des membres, en particulier du lupus des membres inférieurs. Nous avons aussi montré que certains lupus serpigineux de la face, du cou, des plis articulaires, etc... peuvent, par leur extension, amener des délabrements et des cicatrices vicieuses très sérieux au point de vue pronostic.

Quant au lupus des muqueuses, il est toujours d'un pronostic sérieux, plutôt en raison de sa ténacité, de sa résistance au traitement, de la tuberculisation pulmonaire qui en est souvent la conséquence, que des délabrements qu'il détermine, bien que ces délabrements puissent être parfois épouvantables surtout du côté de la gorge et du larynx.

Dans tous les cas, avant de commencer le traitement, il faudra bien indiquer au malade et à son entourage l'aspect probable des délabrements et des cicatrices futures, pour que l'on n'aille pas imputer au traitement, ce qui, en somme, est le résultat de l'envahissement des tissus par le scrofulo-tuberculôme.

4° — Le lupus étant une tuberculose locale, peu virulente il est vrai, présente néanmoins une virulence suffisante pour amener à la longue, dans certains cas, des complications d'origine infectieuse.

Remarquons cependant tout d'abord que l'évolution du lupus est en général excessivement lente et que très souvent l'on voit des lupus très étendus, datant de très longues années, ne produire aucune altération appréciable de la santé générale du sujet.

Toutefois, bien que le lupus soit une tuberculose cutanée peu virulente, évoluant dans un terrain de culture peu favorable, les complications malheureusement trop fréquentes dues à l'absorption du virus tuberculeux puisé dans le foyer lupeux, démontrent que, bien que ces complications ne soient pas constantes, bien qu'elles se montrent souvent à une échéance éloignée, il n'en est pas moins imprudent, redoutable, parfois fatal, de laisser se cultiver dans le tégument le bacille de la tuberculose.

J'ai suffisamment insisté plus haut au chapitre « Complications », sur les lésions locales, de voisinage ou générales, résultant de l'absorption du virus tuberculeux cultivé dans ce foyer de scrofulo-tuberculose tégumentaire, pour ne plus avoir à y revenir au point de vue du pronostic.

La lecture de ce chapitre « Complications » démontre que pour éviter l'infection locale et même générale du sujet, la destruction rapide, à brève échéance, complète, du foyer de scrofulo-tuberculose tégumentaire (lupus), s'impose au médecin traitant.

Comme facteurs secondaires à mettre en ligne de compte dans le pronostic, je me bornerai à signaler les complications qui peuvent survenir du côté de la cicatrice (cicatrices chéloïdiennes, etc.), l'apparition de l'épithéliome au niveau d'un territoire tégumentaire ravagé par le lupus et les différentes considérations tirées

de l'état de santé du sujet, des affections dont il peut être atteint, de son âge, etc. Ces différentes considérations ont été étudiées dans les chapitres précédents.

A ces facteurs il faut ajouter l'influence morale qu'exerce sur le sujet un mal aussi affreux que la scrofulo-tuberculose tégumentaire et les conséquences graves qu'elle peut avoir sur ses rapports sociaux.

Pour terminer, il faut remarquer que la scrofulo-tuberculose tégumentaire, étant en somme une des variétés de la tuberculose, doit être considérée comme grave et au point de vue familial et au point de vue social. Si la scrofulo-tuberculose tégumentaire est très grave pour le sujet qui en est porteur, ce foyer de virus tuberculeux ne doit pas être considéré comme une quantité négligeable en ce qui concerne la famille du malade, son entourage et la société.

TRAITEMENT

Depuis 1882, c'est-à-dire depuis que mes recherches expérimentales eurent démontré que le lupus vulgaire devait être considéré certainement comme une tuberculose peu virulente de la peau, j'ai soumis à une analyse méticuleuse, mais absente de tout parti pris, toute la thérapeutique ancienne et moderne. Les très nombreux cas de lupus qui existent dans notre région du Nord, et que je pouvais facilement suivre soit dans ma clinique hospitalière, soit dans ma pratique privée, me rendaient cette tâche facile.

Je puis dire qu'il n'est probablement pas de traitement employé contre le lupus (autant que j'en ai pu juger par mes nombreux voyages à l'étranger et par mes fréquentes visites à l'hôpital Saint-Louis), que je n'aie essayé dans le traitement de cette affection.

Ayant suivi non pas des mois, mais pendant de longues années, le résultat des méthodes thérapeutiques que j'employais (ce qui est plus facile dans les centres moyens pourvus d'un seul service dermatologique que dans les grandes capitales où l'assiduité des malades à un même service est fatalement moins grande, comme l'a justement remarqué Haslund dans ses belles recherches sur la phthisie chez les lupeux), j'ai pu passer ainsi au crible du temps et de l'expérience et éliminer progressivement, une série de traitements qui m'ont paru inutiles.

Je me bornerai dans ce chapitre à étudier les méthodes thérapeutiques qui me paraissent devoir être recommandées.

La thérapeutique de la scrofulo-tuberculose tégumentaire (lupus) comme la thérapeutique de toute tuberculose locale se décompose en deux :

I° *Traitement prophylactique* ;

II° *Traitement curatif.*

Le traitement curatif lui-même comprend :

A. — L'étude du traitement interne et général ;

B. — L'étude du traitement local.

I. — Traitement prophylactique.

Après ce que nous avons écrit dans le chapitre « Pathogénie », nous pouvons dire que ce traitement prophylactique de la scrofulo-tuberculose tégumentaire se résume en quelques mots :

1° Éviter autant que possible tout contact du tégument avec le virus tuberculeux, quelle que soit son origine ;

2° Traiter antiseptiquement le plus rapidement possible toute plaie susceptible d'avoir été souillée par le virus tuberculeux ;

3° Détruire ou aseptiser aussi rapidement et aussi complètement que possible tout foyer tuberculeux profond pouvant inoculer secondairement le tégument ;

4° Aseptiser le plus possible toute région tégumentaire souillée par des liquides (crachats, matières fécales, pus, écoulement utérin, etc., etc.) renfermant du virus tuberculeux ;

5° Surveiller avec le plus grand soin le tégument des sujets atteints de tuberculose viscérale et combattre cette tuberculose en relevant l'économie par une thérapeutique appropriée ;

6° Modifier et relever la santé générale des sujets lymphatiques, des descendants de tuberculeux, par une thérapeutique et une hygiène minutieuse;

7° Ne pas oublier, comme le dit Landouzy, qu'en matière de tuberculose, l'heure des préoccupations sentimentales est passée.

Il faut en finir avec la doctrine du laissez-faire, qui sous prétexte de ne pas effrayer les gens, les laisse sans défense (puisqu'ils sont sans défiance), contre la tuberculose.

Le silence gardé vis-à-vis de la contagiosité, qu'il faut dire menaçante et non fatale, d'autant plus menaçante que le contagionnable est plus jeune, est une faute, pour ne pas dire un crime, lorsqu'il s'agit de l'enfance, âge pendant lequel se contracte surtout la scrofulo-tuberculose tégumentaire.

Avant d'aborder le traitement curatif du lupus et pour y arriver, une dernière remarque. Si le lupus est souvent si rebelle, cela ne tient-il pas à ce qu'on le traite trop tard ? Il débute d'ordinaire dans les premières années de la vie par un bobo insignifiant, auquel on prête à peine attention. Quand on se décide à soigner le mal, le virus est déjà disséminé au loin dans le tégument.

II. — Traitement curatif.

A. — Traitement interne et général.

Je serai bref sur celui-ci, car, bien que constituant un adjuvant utile du traitement local, il ne peut à lui seul amener la guérison du lupus.

Le traitement interne se divise lui-même en :

1° *Traitement paraissant agir d'une façon spécifique sur l'élément lupeux.*

a. — Il n'existe jusqu'à présent aucune substance qui, introduite dans l'économie par une voie quelconque, suffise à elle seule pour faire disparaître, résorber et cicatriser complètement l'infiltrat scrofulo-tuberculeux, à la manière, par exemple, dont agissent le mercure et l'iodure de potassium à l'égard des syphilômes.

Le fait est absolu et c'est d'ailleurs l'opinion de la presque totalité des praticiens du monde entier.

Aussi peut-on s'étonner à bon droit de voir Hardy écrire en 1886, à la page 970 de son *Traité des maladies de la peau*, que le traitement général dont la base est pour lui l'huile de foie de morue joue le rôle principal dans la thérapeutique des scrofulides, qu'à lui seul il peut produire la guérison, tandis que les moyens locaux n'agissent souvent que quand la médication interne a déjà produit dans l'économie du malade une modification favorable.

N'y a-t-il pas lieu de s'étonner de voir Duhring de Philadelphie affirmer en 1883, dans son *Traité des maladies de la peau*, que l'usage prolongé de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium lui a souvent admirablement réussi chez les lupiques de son pays et a produit un effet curatif complet et durable.

Il est vrai que Duhring reconnaît qu'en Autriche, il a pu constater l'inefficacité de ces agents qui ont si bien réussi en Amérique. Ce que nous venons de dire est applicable à l'arsenic et même à l'iodoforme donné soit à l'intérieur et à dose élevée, comme l'a expérimenté autrefois E. Besnier, et même sous forme d'injections sous-cutanées d'huile iodoformée de 0, 10 centigrammes d'iodoforme par jour, d'après la méthode de Morel-Lavallée (*Études expérimentales et cliniques sur la Tuberculose,* t. II, et *Bulletin Médical*, 14 décembre 1890) et de Gavoy.

Je n'ai jamais vu un seul cas de lupus guéri au sens ferme du mot par l'emploi de l'iodoforme. Cependant, dans deux cas de lupus tuberculo-gommeux, j'ai constaté une amélioration appréciable du lupus par les injections d'huile iodoformée à la dose de 0,05 centigrammes d'après la méthode de Morel-Lavallée. Il est vrai que, au bout d'un mois, l'amélioration obtenue n'alla pas plus loin.

Les injections hypodermiques d'huile créosotée instituées par Gimbert, perfectionnées par Burlureaux, et employées par E. Besnier dans son service (Voir *Annales de Dermatologie*, 1890) n'ont jamais amené la guérison de la scrofulo-tuberculose tégumentaire. J'ai vu dans un cas, à la suite d'une injection d'huile créosotée, survenir chez une malade du service de Besnier, des accidents pulmonaires graves.

Liebreicht a cherché à guérir le lupus en y provoquant une irritation curative au moyen d'injections sous-cutanées de cantharidate de potasse. Ce traitement n'a guéri d'une façon ferme aucun lupus; mais en revanche, il expose les malades à des accidents viscéraux, rénaux, des plus sérieux.

b. — Quelques auteurs paraissent croire que diverses affections secondaires définies ou non, érysipèle vrai, lymphangites, agents de la suppuration, etc., etc., peuvent détruire l'élément pathogène de la scrofulo-tuberculose tégumentaire. Comme nous l'avons vu plus haut et comme le dit excellemment E. Besnier, c'est une pure illusion.

Ainsi que je le disais plus haut au chapitre « *Complications du Lupus* », et ainsi que l'écrit si judicieusement Besnier : « Dans tous les troubles graves de l'économie, dans tous les cas où il se produit un état pyrétique intense ou prolongé, le lupus subit une atténuation momentanée, accentuée davantage quand il s'y joint un processus irritatif local, mais le bénéfice réalisé est simplement apparent ou momentané, ou partiel. »

Bien plus, comme je l'ai écrit en 1890 dans mon mémoire sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques* 1890), et, comme je l'ai répété en 1891, dans un mémoire sur le même sujet publié en collaboration avec M. Tavernier au Congrès international de la Tuberculose, l'action des agents de la suppuration joue, en ce qui concerne le lupus, un rôle plutôt nuisible qu'utile au point de vue local, et l'érysipèle vrai, qui ne guérit pas non plus, peut avoir pour conséquences des complications viscérales graves.

C. — *Traitement de Koch.*

En ce qui me concerne, comme je l'ai écrit et dit dans mes cliniques dès le 4 décembre 1890, je ne me suis pas cru autorisé à employer sur des êtres humains le liquide de Koch, qui nous fut distribué en décembre à la Faculté de Médecine de Lille. En revanche, je suis allé chez mes collègues de Lille et de Paris, et en particulier à l'hôpital Saint-Louis, suivre les résultats obtenus par l'injection de la fameuse lymphe.

Qu'il me soit permis de me féliciter de m'être mis en garde contre l'engouement presque général de 1890 et de m'être refusé à employer la lymphe de Koch avant que son action réellement curative et son absence de danger pour la santé générale du sujet m'eût été démontrée par l'expérience des autres.

Voici d'ailleurs, ce que j'ai écrit (1) le 4 décembre 1890 à M. le professeur Brown-Sequard, en réponse à une lettre que cet éminent savant m'avait adressée pour me demander, afin de l'insérer dans les *Archives de Physiologie*, mon opinion sur le traitement du lupus par la méthode de Koch (2).

« A M. le professeur Brown-Séquard, membre de l'Institut.

Vous m'avez fait l'honneur de me demander mon opinion sur le traitement du lupus par la méthode de Koch. Voici ce que, à mon avis, l'on doit en penser actuellement (4 décembre 1890).

Le traitement de Koch, venant confirmer d'une façon si remarquable la démonstration expérimentale que j'ai faite en 1883 de la nature tuberculeuse du lupus (nature tuberculeuse que je soutiens depuis cette époque malgré l'opposition d'un certain nombre de médecins éminents) vient d'ajouter le critérium réactionnel (pour ne pas dire thérapeutique) aux divers critériums cliniques, histologiques et expérimentaux, qui prouvent d'une façon péremptoire la nature tuberculeuse de cette affection. Cette démonstration constitue un fait scientifique majeur dans l'histoire du lupus.

A l'importance de cette découverte au point de vue scientifique et diagnostique, faut-il en adjoindre une autre ? La valeur thérapeutique de la lymphe de Koch dans le traitement de cette redoutable affection.

Le traitement de Koch guérit-il le lupus ? A-t-il guéri des lupus ? Sommes-nous en présence d'un remède spécifique guérissant les tuberculoses cutanées ?

Actuellement il est impossible de le dire, parce que le temps écoulé depuis que le traitement de Koch est employé, est trop court. Ceux qui ont un peu l'expérience de l'évolution du lupus et des surprises que réserve son traitement, savent que pour affirmer qu'un lupus est guéri, il faut des mois, des années d'observation.

Comme je l'ai montré et dit dans mes leçons sur le lupus (publiées dans le *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, 1890), la marche naturelle du lupus est de procéder par à-coups séparés et par récidives. Or le traitement de Koch ne date que de quelques semaines. Donc en se plaçant au point de vue clinique, au point de vue scientifique pur, on ne peut pas dire que le traitement de Koch guérit le lupus, car obtiendrait-on une cicatrice d'aspect parfait où l'on ne découvrirait aucun nodule lupeux, l'on ne pourrait pas dire actuellement que le lupus est guéri d'une manière absolue. Il nous est arrivé souvent en effet de voir des lupeux présenter de belles cicatrices et être atteints quelques mois après d'une récidive. Ces récidives se sont d'ailleurs produites chez plusieurs malades soignés par la méthode de Koch.

D'autre part, j'ai lu avec soin les observations de lupus traités par la méthode de Koch, et pas une ne constitue jusqu'ici un cas de réelle guérison.

1. H. Leloir, *Remarques sur la nature tuberculeuse du lupus et sur son traitement par la lymphe de Koch. Archives de Physiologie* 1890.

2. Etant données nos connaissances nouvelles sur l'action combinée du bacille de Koch, et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus (H. Leloir, *Médecine Moderne*, novembre 1890), il serait intéressant de savoir quelle action a ce remède, d'une part, sur les lupus modifiés par les agents de la suppuration, et d'autre part, sur les lupus non modifiés en apparence par lesdits agents.

Le lupus est, dit-on, amélioré. Mais nous savons tous ce que veut dire ce terme : amélioration, quand il s'agit du lupus. Tout le temps qu'il persiste des lupômes dans les tissus, le lupus n'est pas guéri, il faut redouter les récidives plus ou moins profondes, plus ou moins intenses.

Quant à dire que des lupus ulcéreux ont été par ce traitement transformés en lupus non ulcéreux, cela importe peu, car le traitement des lupus non ulcéreux n'est pas moins difficile que celui des lupus ulcéreux, au contraire peut-être.

Voici d'ailleurs ce qu'a pu constater, dans son récent voyage à Berlin, un des savants les plus compétents en matière de lupus, le professeur Haslund de Copenhague : « Il n'a pas vu un seul cas de lupus parmi ceux qu'on lui présentait comme guéris, qu'il considérerait lui comme guéri » (*Semaine Médicale*, 3 décembre, p. 440).

Cette opinion de Haslund concorde avec les renseignements nombreux que j'ai reçus. Donc actuellement, nous ne pouvons pas plus dire que le traitement de Koch ne guérit pas le lupus, que nous pouvons dire qu'il le guérit. Personne ne pourra le dire avant quelques années, lorsque les malades auront été longuement et minutieusement examinés et suivis.

Toute autre manière d'agir serait antiscientifique, anticlinique, et je suis persuadé que tous les dermatologistes, tous ceux qui ont l'expérience du lupus seront de mon avis. Agir autrement serait faire preuve d'enthousiasme irréfléchi et ferait le plus grand tort à la découverte de Koch. C'est d'ailleurs ce qu'a bien senti cet illustre savant.

Tout ce qui résulte des inoculations faites jusqu'ici, c'est que le traitement de Koch agit sur le lupus, que sa lymphe a sur cette maladie une action élective et irritative extraordinaire

Cette action est elle curative ? Nous n'en savons rien encore.

Actuellement nous devons nous poser les questions suivantes que seules les années pourront permettre de résoudre :

1° Le traitement de Koch guérit-il le lupus ? Le guérit-il toujours ?

2° En combien de temps le guérit-il ?

3° Combien d'injections faut-il ? Ces injections sont-elles sans danger pour le sujet, surtout quand elles sont répétées ?

4° Quel est l'état de la cicatrice obtenue par ce traitement ?

5° Quelle est la fréquence des récidives ? Car, quand la guérison définitive sera obtenue, il faudra, avant d'affirmer la guérison, attendre un laps de temps plus ou moins long, afin d'être certain que la récidive, si fréquente dans l'évolution du lupus, ne se produira pas.

Ces différents points devront être établis par des statistiques sérieuses de nombreux cas traités. Alors seulement nous serons fixés sur la valeur de ce traitement. Et s'il guérit réellement le lupus, nous aurons à comparer sa valeur curative à celle des méthodes employées jusqu'ici et qui ne sont pas sans avoir guéri de nombreux lupus. Ces méthodes, je les ai exposées dans mes cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur. Elles présentent sur le traitement de Koch un avantage,

c'est qu'elles sont sans danger pour la vie du malade. Le traitement local du lupus bien employé, surtout le traitement mixte (Voir mes leçons), est absolument sans danger pour la vie, voire même pour la santé générale du malade. En est-il de même du traitement de Koch ? Nous le saurons un jour, mais dans quelques années. — D'autre part, bien appliqué et employé avec assez d'énergie et de surveillance, le traitement local du lupus et surtout le traitement mixte donnent en un temps relativement court de très beaux résultats.

Quoi qu'il en soit, que le traitement de Koch ne guérisse pas le lupus, ou qu'il doive au contraire être rangé ultérieurement parmi les moyens thérapeutiques les plus puissants dirigés contre cette affection (car je ne pense pas qu'il puisse jamais arriver à détrôner complètement les méthodes employées jusqu'ici, comme Koch l'a si justement et si scientifiquement fait remarquer dans sa sage communication sur le traitement de la tuberculose en général), il n'en reste pas moins acquis que l'action élective spéciale, inflammatoire, que cet agent exerce sur cette affection, est des plus remarquables et peut dans certains cas (si cette action élective est constante, ce que l'avenir nous montrera), être utile au point de vue diagnostic (1).

Enfin nous pouvons espérer que la méthode de Koch sera rangée un jour parmi les méthodes les plus actives du traitement du lupus.

Les considérations précédentes sont entièrement applicables à la valeur comparée de la méthode de Koch et des méthodes locales en usage dans nos services dermatologiques, pour le traitement des gommes scrofulo-tuberculeuses de la peau.

Veuillez agréer, cher Maître, mes sentiments de respectueuse affection.

Lille, le 4 décembre 1890.

Professeur H. Leloir. »

Comme l'ont montré les recherches sur l'action de la lymphe de Koch faites à Paris, à Lyon, à Lille, à Vienne, à Londres, à Copenhague, etc., à Bonn, et enfin à Berlin, j'ai bien fait d'attendre.

Actuellement, l'on peut appliquer à la lymphe de Koch ce que nous avons dit à propos de l'érysipèle et des érysipélatoïdes. L'injection sous-cutanée de tuberculine de Koch produit au bout de quelques heures une action locale au niveau du foyer scrofulo-tuberculeux, action excessivement remarquable au point de vue expérimental. Le résultat de cette action, comme l'ont bien montré Vidal, Besnier, Hallopeau, Thibierge, etc., est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée du processus tuberculeux tégumentaire et est surtout accentué dans le lupus exedens.

(1). On peut d'ailleurs se demander si l'intérêt du malade nous autorise, dans les cas où l'affection tuberculeuse semble avoir disparu, à tenter cette épreuve diagnostique et à réveiller une tuberculose latente qui peut en somme guérir par résorption interstitielle ou par sclérose. (Voir mes *Leçons sur le Lupus*, *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, 1890.)

Le diagnostic du lupus peut d'ailleurs être obtenu dans les cas douteux par les inoculations expérimentales chez les animaux qui, bien faites, réussissent 99 fois sur 100, comme je l'ai montré et le montrerai encore.

« Dans aucun cas, dit Besnier, elle n'est suffisante pour produire une guérison véritable ; le résultat obtenu est toujours inférieur à celui que donnent les procédés de traitement dont on dispose actuellement, et, dans quelques cas, la prolifération tuberculeuse, loin d'être réduite, subit au contraire un accroissement manifeste. »

Malheureusement, dans tous les cas sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, même après la première injection (Jahrisch, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1890), peut causer la mort.

Elle expose les malades à des accidents graves du côté du cerveau, du cœur, des reins, etc. Elle peut mettre en jeu des foyers tuberculeux jusque-là latents et qui auraient pu demeurer latents si l'injection n'avait pas été pratiquée. Elle altère souvent et pendant longtemps la santé générale du sujet, déterminant une anémie spéciale avec asthénie, troubles digestifs et nutritifs assez comparables à ceux que l'on observe à la suite d'une grippe grave.

Aussi E. Besnier n'hésite t-il pas à écrire en 1891, que : « Après avoir soumis la méthode de Koch à une expérimentation méthodique et dépourvue de tout parti pris, de toute idée préconçue, nous avons renoncé à son emploi à cause de son insuffisance et de ses dangers. »

2° *Traitement reconstituant.*

Le traitement reconstituant, tonique, analeptique, est d'un réel secours, chaque fois que l'indication en sera puisée dans l'état général du sujet. Ce traitement aura pour base en première ligne l'huile de foie de morue et les corps gras, les arsénicaux, les iodiques, l'iodoforme, la créosote, le chlorure de sodium, le soufre, les toniques, le traitement hygiénique et balnéaire.

C'est, on le voit, en grande partie le traitement ancien, que l'on supposait modifier la prétendue constitution scrofuleuse. Il n'agit pas sur celle-ci, puisque je crois avoir démontré que la scrofule n'existe pas. Mais il modifie la constitution lymphatique si fréquente chez les scrofulo-tuberculeux, combat les états dyscrasiques, la débilitation, modifie ainsi le terrain de culture du bacille tuberculeux, sur lequel il agit peut-être aussi parfois d'une façon spécifique, quoique insuffisante.

a. — **Huile de foie de morue et corps gras.**

L'huile de foie de morue constitue la base du traitement interne du lupus, à la condition qu'elle soit bien tolérée et qu'elle soit pure.

L'on pourra s'étonner de me voir parler de la pureté de l'huile de foie de

morue. Cette réflexion m'est inspirée par une de mes connaissances, grand marchand d'huiles de la région du Nord, auquel j'eus à prescrire de l'huile de foie de morue et qui me demanda d'un air narquois si je croyais à l'efficacité de l'huile de foie de morue. Sur mon affirmative, il me répondit : « Tant mieux, mais vous pouvez être certain que presque toujours l'huile de foie de morue que vous prescrivez renferme toute autre chose que de l'huile de foie de morue. Je suis à même de le savoir, puisque moi et mes collègues nous en vendons des quantités considérables aux pharmaciens et aux maisons de produits chimiques. En ce qui me concerne, il me faudra des démarches et des stipulations spéciales pour avoir de l'huile de foie de morue vraie. »

Cette réponse de date assez récente m'a rendu rêveur, et je me suis demandé depuis lors si les merveilleux résultats obtenus par certains dermatologistes, surtout dans les temps où les falsifications étaient moins fréquentes, ne tenaient pas à ce qu'ils employaient de l'huile de foie de morue vraie.

Quoi qu'il en soit, l'huile de foie de morue que nous employons n'agit peut-être surtout qu'en tant que corps gras. Depuis cette conversation, j'ai souvent prescrit à mes malades en guise d'huile de foie de morue la classique tartine de Trousseau. Ils s'en sont bien trouvés.

Comme huile de foie de morue, je conseille autant que possible d'employer les huiles de foie de morue épurées, celles de Hogg en particulier. Je suis absolument de l'avis de Brocq, les huiles de foie de morue brunes et impures sont en général mal tolérées. L'huile de foie de morue sera donnée à la dose de 2 à 10 cuillerées à soupe par jour suivant les sujets. Pour que l'huile de foie de morue agisse, il faut la donner à haute dose, comme l'ont depuis longtemps fait remarquer les vieux dermatologistes.

Pour éviter l'intolérance, il faudra surtout la donner pendant les temps froids, et en rejeter absolument l'emploi pendant l'été. Il sera bon d'ailleurs de ne pas en faire un usage continu ou tout au moins de l'interrompre pendant quelque temps au moindre signe d'intolérance gastro-intestinale.

Pour éviter la répugnance insurmontable qu'éprouvent certains sujets à l'égard de l'huile de foie de morue, je me suis bien trouvé de la mélanger de la façon suivante :

Huile de foie de morue. . . . . . } ãã parties égales.
Sirop antiscorbutique. . . . . . . }
M. p.
En prendre de 4 à 10 cuillerées par jour.

Ou encore :

Huile de foie de morue	200	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	200	—
Rhum	50	—

En prendre de 4 à 12 cuillerées par jour.

J'emploie aussi fréquemment :

Huile de foie de morue	300 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	200 —
Rhum..	100 grammes.
Essence de menthe	40 gouttes.

Dans certains cas, je remplace l'huile de foie de morue par la glycérine et je prescris une des formules suivantes :

Glycérine neutre de Price.	200 grammes.
Chlorure de sodium.	20 —
Iodure de sodium.	5 —

Ou encore :

Sirop d'écorces d'oranges amères.	100 grammes.
Glycérine	300 —
Sirop d'iodure de fer.	100 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.	100 —

D'ailleurs très souvent, je conseille au malade de mélanger ses boissons, sa bière, son vin et son café d'un peu de glycérine neutre de Price.

b. — Arsénicaux.

L'arsenic a été naturellement essayé dans le traitement du lupus comme dans le traitement de la plupart des dermatoses. Lesser (*Lehrbuch der Hautkrankeiten*, p. 257) attribue à l'arsenic administré pendant longtemps et à des doses élevées une action favorable sur la résorption des infiltrats lupeux. Il n'a jamais observé cependant de guérison complète.

L'arsenic pas plus que l'huile de foie de morue ne guérit le lupus. Mais, comme l'huile de foie de morue, la glycérine, etc., l'arsenic constitue un moyen tonique et reconstituant, capable de relever un organisme affaibli et d'exercer même une action prophylactique utile.

Je le prescris dans un grand nombre de cas et, de même que pour l'huile de foie de morue, je recommande aux malades d'en continuer l'usage même après la guérison du lupus. Je prescris l'arsenic, tantôt sous forme de liqueur de Fowler, tantôt sous forme de liqueur de Pearson, tantôt sous forme d'eau de la Bourboule, tantôt sous forme d'acide arsénieux ou d'arséniate de fer. Je l'associe fréquemment à la glycérine, au chlorure et même à l'iodure de sodium et de potassium, comme dans les formules suivantes :

Iodure de sodium.	5 grammes.
Chlorure de sodium.	25 —
Liqueur de Pearson.	100 gouttes.

Glycérine. . . . . Sirop d'écorces d'oranges amères ou sirop de quinquina ou de gentiane.	ââ 150 grammes.

Ou encore :

Sirop antiscorbutique.	100 grammes.
Glycérine.	100 —
Iodure de sodium.	4 —
Chlorure de sodium.	10 —
Liqueur de Pearson ou de Fowler.	60 gouttes.

Prendre de 2 à 10 cuillerées à café par jour après les repas.

Je prescris aussi volontiers la formule suivante :

Vin de Malaga à l'extrait de feuilles de noyer.	1 litre.
Arséniate de soude.	0 gr 10

A prendre de une 1/2 à 1 cuillerée à soupe 1/2 par jour dans le courant du repas.

Chez les adultes un peu neurasthéniques, je prescris souvent pendant quelques semaines :

Vin de Malaga à l'extrait de feuilles de noyer et de coca péruvienne.	1 litre.
Arséniate de soude.	0 gr. 10

A prendre de une 1/2 à 1 cuillerée à soupe 1/2 par jour dans le courant du repas.

J'emploie aussi chez les sujets anémiques les préparations suivantes :

Liqueur de Fowler	4 grammes.
Teinture de malate de fer.	60 —
Eau de menthe.	120 —

2 cuillerées à soupe par jour environ.

Ou la mixture ferro-arsenicale de Wilson que je modifie ainsi :

Vin ferrugineux.	45 grammes.
Sp. d'écorces d'oranges amères. . Liqueur de Pearson.	ââ 8 grammes.
Glycérine neutre.	50 —

De 1 à 2 cuillerées à café dans le courant des repas.

Ou encore l'excellente formule suivante employée par Duncan Bulkley dans le traitement de l'acné :

Ferri et ammonii citratis.	3 grammes.
Potassii citratis.	7 —
Liquoris potassii arsenitis.	5 —
Tincturæ nucis vomicæ.	7 —
— cinchonæ compositæ.	30 —
Aquæ (que je remplace plus souvent par glycérini).	120 —

Dans d'autres cas, si le malade le désire, je prescris l'arsenic sous forme pilulaire, par exemple :

Arséniate de soude. . . . . 1 milligramme.
Extrait de ciguë. . . . . 1 centigramme.
Extrait de gentiane . . . . 4 centigrammes.

Soit encore :

Acide arsénieux. . . . . 1 milligramme.
Diascordium. . . . . 4 centigrammes.
Excipient et glycérine. . . . . q. s.
Pour 1 pilule.
En prendre de 2 à 8 par jour.

Soit encore :

Acide arsénieux. . . . . 1 milligramme.
Extrait de gentiane. . . . . 5 centigrammes.
Diascordium. . . . . 5 centigrammes.
Pour 1 pilule.
En prendre de 2 à 8 par jour.

J'emploie aussi parfois les pilules Asiatiques.

Dans certains cas, je conseille l'arséniate de strychnine sous l'une des formules suivantes :

Arséniate de strychnine. . . . . 1 milligramme.
Extrait de gentiane . . . . 5 centigrammes.
Excipient et glycérine. . . . . q. s.
Pour 1 pilule.
De 1 à 4 par jour à prendre dans le courant des repas.

Soit encore :

Arséniate de strychnine. . . . . 1 milligramme.
Diascordium. . . . . 5 centigrammes.
Excipient et glycérine. . . . . q. s.
Pour 1 pilule.
De 1 à 4 à prendre par jour dans le courant des repas.

c. — Iodiques.

Nous avons vu plus haut que parfois les iodiques semblent exercer une action favorable sur l'évolution de la néoplasie lupeuse et en tous cas sur la santé générale de certains lupeux. Il ne faut pas oublier cependant que, dans certains cas, de même qu'à Brocq, ils m'ont semblé aggraver les lésions lupeuses.

Si le sujet est anémique, je prescris le sirop d'iodure de fer pur ou mélangé

avec de la glycérine ou de l'huile de foie de morue. Je prescris souvent le sirop de raifort iodé, quelquefois le sirop iodo-tannique de Guilliermond.

Quant aux iodures de potassium ou de sodium, je les donne toujours à dose faible, ne dépassant pas 50 centigrammes par jour, dans du sirop d'écorces d'oranges amères ou du sirop de quinquina coupé ou non avec de la glycérine.

Je les associe fréquemment dans une même potion avec le chlorure de sodium donné à la dose de 1 à 3 grammes par jour et aussi avec les arsenicaux. Je prescris souvent l'iodure de potassium et de sodium de la façon suivante :

Iodure de potassium	15 à 50 centigrammes.
Citrate de fer.	25 à 75 —
Chlorure de sodium.	1 gramme.

A mettre dans une bouteille d'eau de Bussang, de Vals ou de Pougues, que l'on boira dans le courant des repas.

d. — Iodoforme.

J'ai parlé plus haut des remarquables recherches de Morel-Lavallée sur l'action de l'huile iodoformée injectée par voie sous-cutanée dans le traitement de la scrofulo-tuberculose tégumentaire, à la dose de 2 à 5 centigrammes d'iodoforme par jour pour un adulte.

Chez mes lupeux hospitalisés, je prescris fréquemment une série d'injections avec l'huile iodoformée pendant une dizaine de jours, laissant ensuite reposer le malade pendant une semaine ou deux. Dans d'autres cas, je donne l'iodoforme à la dose de 1 à 10 centigrammes pendant une dizaine de jours par mois. J'emploie d'ordinaire une des formules suivantes :

Iodoforme.	1 centigramme.
Extrait de gentiane.	5 —
Excipient et glycérine.	q. s.

Pour 1 pilule.

De 2 à 10 pilules par jour dans le courant des repas.

Soit encore :

Iodoforme.	1 centigramme.
Diascordium	3 —
Excipient et glycérine.	q. s.

Pour 1 pilule.

De 2 à 10 pilules par jour durant les repas.

Si l'iodoforme ne guérit pas la scrofulo-tuberculose tégumentaire, il semble dans certains cas en entraver l'évolution. En outre, chez les scrofulo-tuberculeux atteints de tuberculose viscérale, il exerce une influence des plus favorables sur la santé générale du sujet.

J'ai même, dans ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur, observé un fait de

guérison d'un cas de granulie (tuberculose miliaire aiguë) par l'administration de l'iodoforme à l'intérieur donné à haute dose (jusqu'à à 1 gr. d'iodoforme par jour). L'observation a été publiée par mon collègue le Pr Lemoine (de Lille) dans son intéressant travail sur l'emploi interne de l'iodoforme, paru le 12 août 1888 dans le *Progrès Médical.*

e. — Créosote.

J'ordonne fréquemment la créosote à mes lupeux, surtout à ceux qui sont menacés de complications pulmonaires.

Je la donne d'ordinaire sous forme de capsules créosotées, de vin créosoté (formule Bouchard, Gimbert, Dujardin-Beaumetz), d'huile de foie de morue ou de glycérine créosotée.

Je fais souvent alterner la créosote avec l'iodoforme.

Depuis l'accident dont j'ai été témoin dans le service de Besnier, je n'ai jamais osé employer les injections sous-cutanées d'huile créosotée d'après la méthode de Burlureaux.

f. — Chlorure de sodium.

Pour le professeur Hardy, le chlorure de sodium donné à la dose de 1 à 3 gr. par jour est un excellent traitement de la scrofulo-tuberculose tégumentaire.

Je l'emploie fréquemment simultanément ou alternant avec les médicaments internes ci-indiqués.

g. — Soufre.

Les sulfureux m'ont paru dans certains cas exercer une influence heureuse sur la santé générale et peut-être sur l'état local des scrofulo-tuberculeux.

Je les prescris quelquefois soit sous forme d'électuaire, par exemple :

Soufre sublimé.	20 grammes.
Miel blanc.	90 —
Poudre de réglisse.	5 —
Sirop de menthe.	q. s.

A prendre dans le courant des repas, une cuillerée à café, 2 à 3 fois par jour.

Soit sous forme pilulaire, par exemple :

Soufre sublimé et lavé.	20 centigrammes.
Excipient et glycérine.	q. s.

Pour 1 pilule.

En prendre de 2 à 4 par jour.

J'ordonne fréquemment aussi le sirop sulfureux de Crosnier et parfois le sulfure de fer sous forme pilulaire ou sous forme de sirop de persulfure de fer de Bouchardat.

h. — Toniques, amers, ferrugineux, phosphates, quinquina, etc.

On s'attachera en outre à modifier l'état général du sujet en employant sur indications précises, les amers (bière de bonne qualité, feuilles de noyer, quassia amara, houblon, gentiane, petite centaurée, columbo, douce-amère, sirop antiscorbutique, etc., etc.) ; les toniques (quinquina, kola, strychnine) ; les ferrugineux (le manganèse); les phosphates et en particulier le chlorhydro ou le lacto-phosphate de chaux, les hypophosphites, etc., etc.

Le traitement pharmaceutique devra être aidé par le traitement hygiénique et balnéaire ; oxygénation, exercice en plein air, séjour au bord de la mer ou dans les bois et les montagnes pour les sujets qui ne peuvent supporter les bords de la mer, surveillance de l'habitat, des vêtements, etc.

L'on conseillera en outre suivant les cas la balnéation chaude et tonique sulfureuse ou saline, en première ligne le séjour au bord de la mer en choisissant avec soin l'exposition de la plage. (Parmi nos plages du Nord et du Pas-de-Calais Wissant et Berck-sur-Mer sont à recommander.

Les cures hydrothermales salines de tous les pays comme : Salins-du-Jura, Lavey, Beckx (Suisse), Balaruc, Salies de Béarn, Kreutznach, Naunheim, Montfalcone (Autriche), Wildegg (Suisse), Elmen (Allemagne), Lisbonne (Portugal), Dofana (Italie), Dumblane (Angleterre), Bourbonne-les-Bains, Bourbon-Lancy, Lamotte, Braïla (Roumanie); Arnedillo (Espagne), Battaglia (Italie), Behrengerbaden (Saxe), Caldas de Reys (Espagne), Carnslatt (Wurtemberg), Sheltenham (Angleterre), Chezah (Algérie) ; sulfo-salines ou sulfureuses de Saint-Gervais, d'Uriage, Barèges, Bagnères-de-Luchon, Cauterets, Bessèges, Schinznach, Mouzaia (Algérie), Ischel (Autriche), Mamacail (Russie), Aix-la-Chapelle, Archèna (Espagne), Vermèn (Suisse), Châles, Spa (Belgique), Enghien, Eaux-Bonnes, Saint-Amand (Nord), Amélies-les-Bains, Allevard, Saint-Honoré, Camlio, Gréhou ; salines et arsénicales, en première ligne la Bourboule, Mont-Dore, Ammam-Meskoutin (Algérie), Levico (Italie).

Pour terminer, remarquons de nouveau que le traitement interne, le traitement général employé seul, est toujours insuffisant pour guérir le lupus, et doit avoir surtout pour but d'augmenter la résistance de l'organisme vis-à-vis du virus tuberculeux.

B. — Traitement local.

Le véritable traitement du lupus est le traitement local. Celui-ci tend à se perfectionner de plus en plus et à prendre de jour en jour une place plus impor-

tante dans le traitement de la scrofulo-tuberculose tégumentaire. Il n'en était pas de même vers le milieu de ce siècle, époque à laquelle le traitement presque exclusivement employé alors, était le traitement interne.

Ce traitement local, que les dermatologistes des différentes écoles n'ont cessé de perfectionner dans ces derniers temps, varie naturellement suivant la forme, la variété, le siège, la localisation, etc., etc., de la scrofulo-tuberculose tégumentaire (Lupus); suivant l'âge du sujet, son état de santé générale, les complications de cette scrofulo-tuberculose tégumentaire; suivant l'énergie du malade, le désir qu'il a de se guérir rapidement et de sacrifier parfois une esthétique douteuse, à la rapidité et à la solidité de sa guérison.

Nous verrons qu'il existe des raisons de préférer telle méthode à telle autre, mais qu'il n'y en a aucune pour adopter exclusivement l'une à l'exception de toutes les autres, comme le fait excellemment observer Besnier.

Le traitement local se divise en :

1° Traitement chirurgical proprement dit ;

2° Traitement local médicamenteux ;

3° Traitement mixte,

c'est-à-dire à la fois chirurgical et médicamenteux, soit que le traitement médicamenteux précède le traitement chirurgical, soit qu'il lui succède, soit enfin que ces deux modes de traitement soient employés d'une façon plus ou moins simultanée. Disons de suite que c'est au traitement mixte que je donne de beaucoup la préférence dans la majorité des cas.

La plupart des méthodes que je conseille d'employer dans le traitement local du lupus sont très douloureuses et la durée de l'opération est souvent assez longue. Aussi dois-je dire quelques mots de l'anesthésie préalable. D'une façon générale, quand j'emploie la curette, le scarificateur, le thermo ou le galvano-cautère, je préfère m'attaquer à des tissus dont l'aspect et la consistance ne sont en aucune façon modifiés par les agents déterminant l'anesthésie locale par congélation.

C'est pourquoi, sauf dans certains cas particuliers (lupus des membres ou du tronc), j'ai abandonné complètement depuis plusieurs années l'usage de la glace, des pulvérisations à l'éther, du chlorure de méthyle (stypage). C'est pourquoi je me borne (après avoir, si c'est nécessaire, fait tomber les squames et les croûtes au moyen de cataplasmes, de pulvérisations, très souvent au moyen d'applications de vaseline bichlorurée ou boriquée) à essayer d'obtenir un certain degré d'anesthésie locale au moyen d'une solution de cocaïne appliquée au pinceau ou au moyen de tampons, en prenant les plus grandes précautions pour éviter toute intoxication.

J'emploie d'ordinaire l'une des solutions suivantes :

Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
Eau distillée de laurier-cerise.	20 —

Soit :

Chlorhydrate de cocaïne	2 grammes.
Acide phénique	0 gr. 50
Eau distillée de laurier-cerise.	20 grammes.

D'ailleurs le plus souvent, mes malades, même les enfants, se soumettent assez facilement à l'opération que je leur fais subir, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'aider cette ébauche d'anesthésie locale par les bras de mes aides. Dans les cas de lupus étendus, ou à placards multiples, que je dois opérer le même jour, ou d'un siège rendant l'opération délicate, ou enfin chez les sujets par trop pusillanimes, je n'hésite pas à pratiquer la chloroformisation. En effet, ainsi qu'on va le voir, c'est au râclage que, en général, je donne la préférence (râclage suivi d'applications caustiques) et je trouve qu'il y a tout avantage pour le malade à détruire d'un seul coup, le même jour, le placard auquel on s'attaque.

C'est avec plaisir que j'ai vu cette pratique, que j'emploie depuis longtemps dans mon service et que j'ai publiée en 1891 dans le *Bulletin médical* (H. Leloir, *Traitement du Lupus*), confirmée par Dubois-Havenith dans son remarquable mémoire sur le Lupus vulgaire, lorsque après avoir rejeté la glace, le stypage, et en partie l'anesthésie avec l'éther, il dit : « Aussi, lorsque le malade est docile, aimons-nous mieux nous passer de l'anesthésie ; c'est de loin en loin à l'anesthésie générale que nous donnons la préférence. »

I. — *Traitement chirurgical.*

Celui-ci se décompose lui-même en cinq méthodes principales.

a. — Ablation du Lupus.
b. — Râclage.
c. — Scarifications.
d. — Cautérisations ignées.
e. — Electrolyse.

a. — Ablation du lupus.

Un certain nombre de chirurgiens ont eu l'idée d'extirper au moyen du bistouri toute la région envahie par le lupus. Ce procédé n'est pas toujours aussi radical qu'il en a l'air. Il est arrivé parfois que des opérateurs, tout en dépassant en surface et en profondeur les limites de l'infiltrat, n'ont pu se prémunir contre la repullulation et la récidive, comme j'en ai vu des exemples, et comme Aubert de Lyon l'a montré en 1883, à la page 126 des *Annales de Dermatologie*.

Dans le cas où l'étendue et le siège du placard lupeux ne s'y opposent pas, on peut tenter la réunion des lèvres de la plaie par première intention. Ce pro-

cédé a l'avantage de donner lieu à une guérison rapide avec une belle cicatrice linéaire.

J'ai obtenu trois belles guérisons par ce procédé, dont une au niveau du lobule de l'oreille. Il est vrai que dans quatre autres cas, j'ai eu quatre insuccès, avec repullulation assez rapide au niveau de la cicatrice. Si l'on ne peut espérer la réunion par première intention, on peut faire suivre l'ablation du lupus d'une transplantation épidermique d'après la méthode de Thiersch.

Cette méthode a donné de bons résultats entre les mains de Thiersch, de Lenger (*Berliner Klinische Wochenschrift* 1889), d'Heiselberg (*Berliner Klinische Wochenschrift* 1889), de Schwartz (*Société de chirurgie,* décembre 1890) de Jahrisch, de O. Witzel. Voici comment l'on procède :

Après avoir chloroformé le malade, le chirurgien excise au bistouri un lambeau de peau lupique, d'une étendue de 7 à 8 centimètres carrés, et qui comprend en profondeur le tissu cellulaire sous-cutané. Il pince les artères avec les pinces hémostatiques, et applique sur la surface cruentée une couche épaisse de gaze antiseptique, qu'il comprime fortement pendant un quart d'heure avec le plat de la main, ce qui dispense de faire des ligatures. Quand l'hémostase est complète, le chirurgien, au moyen d'un grand rasoir, plat sur une de ses faces, légèrement concave sur l'autre, enlève par des mouvements de zigzag, des lambeaux épidermiques de 2 centimètres de large sur 10 de long environ, sur le devant de la cuisse, préalablement savonnée, lavée au sublimé et à l'éther ; ces bandelettes sont plissées sur le rasoir; on les dépose ainsi, puis on les déploie à la place du lambeau excisé du lupus, leur face profonde étant mise en contact avec la plaie vive. On recouvre ainsi totalement la perte de substance; on applique au-dessus une couche de protective, puis un pansement humide à la gaze aseptique imbibée d'eau stérilisée, que l'on renouvelle tous les jours et que l'on remplace au cinquième jour par une couche d'huile aseptique recouverte de gaze.

L'absence de suppuration est une condition pour le succès. La greffe se soude peu à peu, la peau prend d'abord un aspect peu satisfaisant, rugueux, grisâtre et comme eczémateux, mais dans la suite, au bout d'un temps assez long, elle reprend un aspect normal.

L'extirpation totale d'un lupus se fait en cinq ou six opérations semblables. Thiersch est très satisfait de ce procédé, qu'il applique d'ailleurs aux cas de tout genre dans lesquels l'autoplastie est indiquée.

L'autoplastie a été tentée avec succès par quelques chirurgiens. Besnier croit que l'anaplastie est parfois indispensable dans le lupus de la face, pour prévenir la fonte de l'œil complètement découvert par la destruction de la paupière inférieure. L'anaplastie, pratiquée par Paul Berger, a donné un résultat excellent chez un malade du service de E. Besnier. Toutefois un certain nombre d'auteurs ont signalé des récidives à la suite de l'autoplastie. En outre, comme le fait remarquer Kaposi, une surface parsemée de cicatrices consécutives au traitement dermatologique du lupus, défigure souvent beaucoup moins que l'autoplastie.

b. — Râclage.

C'est à cette méthode que je donne de beaucoup la préférence, à condition qu'elle soit bien pratiquée. Mais j'ajoute que je n'emploie jamais à lui seul le procédé de Volkmann et que je le fais toujours suivre de l'application de médicaments caustiques, comme nous le verrons tout à l'heure en décrivant ma méthode du traitement mixte.

Je commence par attaquer rapidement, grossièrement, brutalement, le gros placard lupeux avec une forte curette de Volkmann et à enlever ainsi le plus de tissu pathologique possible(1). Puis, après avoir pratiqué l'ischémie avec des tampons d'ouate, j'ai souvent pour habitude de cautériser au moyen du thermo-cautère le tissu pathologique restant. Puis je pratique un deuxième râclage et curettage au moyen de la petite curette de Balmano-Squire ou de la gouje de E. Vidal.

Par ce seul traitement, recouvrant ensuite les parties malades d'iodoforme porphyrisé, l'on peut obtenir la guérison du placard lupeux avec formation de cicatrices très satisfaisantes, surtout si l'on a eu soin de bien surveiller le bourgeonnement ultérieur des parties râclées.

Mais cette méthode employée à elle seule, n'aboutit pas en général à une guérison permanente. L'on voit bientôt se produire dans la cicatrice, des infiltrats lupeux plus ou moins grands et plus ou moins abondants. C'est qu'en effet le râclage n'a pu en général enlever les portions de tissu pathologique plus ou moins profondément enchâssées dans les anfractuositées du derme et même de l'hypoderme, comme d'ailleurs l'examen histologique d'une coupe de lupus devait le faire prévoir.

Aussi faut-il avoir recours à des agents pouvant atteindre plus profondément les restes du lupôme dans la profondeur du tégument. Les scarifications consécutives au râclage ne m'ont pas donné de résultats satisfaisants.

C'est pourquoi je fais maintenant toujours suivre immédiatement mon opération du râclage, de l'application d'agents parasiticides et le plus souvent de médicaments caustiques.

J'obtiens ainsi des cicatrices tout aussi belles, mais en revanche mes récidives sont plus rares et, quand elles se produisent, elles sont plus tardives et moins prononcées. Il m'arrive, dans certains cas, de faire alterner plusieurs séances de râclage avec plusieurs séances d'applications médicamenteuses ou caustiques. Mais je ne suis forcé d'employer que rarement cette dernière méthode de traitement.

1. Pour ne pas être trop gêné par l'écoulement sanguin, j'ai souvent pour habitude de cautériser superficiellement le lupus au début, après avoir fait tomber les croûtes, au moyen du thermo-cautère.

c. — Scarifications.

Celles-ci, employées d'abord par Balmano-Squire consécutivement au râclage, furent surtout vulgarisées par E. Vidal, qui en modifia complètement la technique et peut être considéré comme le véritable créateur du traitement du lupus par la seule méthode des scarifications sanglantes, telle qu'il l'a formulée.

Je n'ai pas à insister longuement sur la technique de cette méthode qui a été admirablement exposée par E. Vidal, dans une série de travaux des plus importants. Elle donne de bons résultats, surtout lorsqu'on l'emploie dans le traitement des lupus vorax, dont en quelques séances elle peut arrêter l'extension.

Mais nous ne devons pas oublier que, pour arriver à guérir par la méthode des scarifications de E. Vidal et Balmano-Squire un placard lupeux, il faut de très nombreuses séances de scarifications. Or, chacune de ces séances est en somme douloureuse, elle détermine un écoulement de sang assez abondant et, bien que la cicatrisation des entailles de scarification se fasse assez rapidement (en 5 ou 6 jours environ), j'ai constaté que l'effusion du sang, la douleur, faisaient abandonner cette méthode par beaucoup de malades, surtout par les malades de l'hôpital.

D'ailleurs, et c'est là le principal reproche que l'on doive lui faire, elle n'agit pas assez vite et l'on peut en un espace de temps beaucoup plus court, obtenir une guérison beaucoup plus complète du placard lupeux, par ma méthode mixte.

Enfin elle ne met pas plus à l'abri des récidives que les autres méthodes, et il me semble même qu'elle met moins à l'abri des récidives que la méthode mixte bien employée.

Pour me résumer, la grande objection à ce traitement, je laisse de côté la possibilité des auto-inoculations (toujours à craindre, lorsqu'on ouvre les vaisseaux sanguins et lymphatiques au milieu desquels se trouve situé un foyer tuberculeux), est sa longue durée. C'est par de longs mois et même par des années qu'il faut chiffrer la durée du temps nécessaire à la guérison du lupus par les scarifications. Renouard cite le cas d'un jeune homme atteint de lupus non exedens des deux joues, qui pendant un séjour de 22 mois dans le service de E. Vidal, subit 188 séances de scarifications et chacun sait la perfection qu'apporte mon savant collaborateur et ami dans l'exécution de cette opération en somme très délicate. Je pourrais multiplier ces exemples.

Il est vrai que le grand avantage des scarifications, c'est que la cicatrice consécutive à ce traitement est en général remarquablement belle. Les lupus qui n'ont été traités que par ce procédé, laissent à leur suite des cicatrices merveilleuses, par leur absence de saillies, de dépressions, etc.

C'est pourquoi, au niveau des orifices naturels, cette méthode peut être d'un bon secours. Employée avec énergie et méthode, elle enraie souvent avec rapidité et une sûreté très grande le lupus galopant du visage.

Lorsque j'ai obtenu la cicatrisation du lupus sous l'influence d'un traitement

quelconque et en particulier à la suite de mon traitement mixte, j'ai souvent recours aux scarifications pratiquées d'après la méthode de E. Vidal, pour améliorer ma cicatrice, si c'est nécessaire. Dans ces cas, les scarifications avec applications ultérieures d'emplâtre de Vigo sont, comme je l'ai dit en 1884 dans mes cliniques, un complément des plus utiles dans le traitement du lupus.

d. — Cautérisations.

A. Cautérisation en masse. — La cautérisation en masse au moyen du fer rouge ou du thermo-cautère peut être employée dans certains cas pour enlever le plus gros de certaines formes de lupus saillants et hypertrophiques.

D'une façon générale je n'emploie guère ce procédé, bien que ce soit une méthode préférée par de savants et habiles dermatologistes lyonnais : Aubert, Horand, Cordier, etc. En tous cas, je le repousse presque absolument pour le lupus de la face, où il produit des délabrements trop considérables, et ne l'emploie guère que dans certains cas de lupus siégeant en dehors de la face. Dans quelques cas, j'emploie la cautérisation conjointement avec la curette en commençant par la cautérisation, puis enlevant par le raclage les tissus carbonisés, puis cautérisant de nouveau lorsque l'écoulement sanguin recommence.

B. — Cautérisations interstitielles fragmentées. — La cautérisation interstitielle fragmentée pratiquée au moyen des pointes fines et coniques du thermo-cautère, ou au moyen de l'excellent galvano-cautère de E. Besnier, constitue également une méthode très recommandable.

Avec les pointes fines du thermo-cautère, avec les ingénieuses pointes du galvano-cautère de Besnier, l'on peut arriver, comme l'a démontré surtout ce savant dermatologiste, à obtenir de bonnes guérisons avec cicatrices souples et lisses. Toutefois j'ai constaté dans un assez grand nombre de cas, soit dans mon service, soit dans d'autres services, que les cicatrices obtenues consécutivement à l'emploi des cautérisations fragmentées, ponctuées ou linéaires, pouvaient devenir saillantes et à tendance chéloïdienne.

Pour éviter cet inconvénient, il est bon, dans certains cas, comme l'a recommandé Brocq, de faire alterner les galvano-cautérisations interstitielles fragmentées avec les scarifications linéaires.

Le galvano-cautère de Besnier constitue évidemment l'instrument le plus perfectionné. En outre les cautérisations au galvano-cautère présentent le grand avantage de pouvoir agir sur plusieurs points au moyen des griffes et de ne pas produire autant d'irradiation de calorique que les pointes fines du thermo-cautère.

Malgré cela, le thermo-cautère constitue peut-être encore l'instrument le plus pratique et en tous cas le plus portatif pour l'immense majorité des médecins, et je suis arrivé avec les pointes fines du thermo-cautère à des résultats aussi bons qu'avec le galvano-cautère.

Cependant l'expérience m'a amené à limiter le traitement du lupus par le thermo-cautère ou les pointes fines du galvano-cautère à certains cas particuliers. D'une façon générale, je rejette leur emploi dans le traitement du lupus à infiltration diffuse, fongueuse, congestive, hypertrophique. Dans ces cas, je préfère de beaucoup détruire mon lupôme par la curette, et les applications ultérieures d'agents caustiques (traitement mixte). Les pointes fines du galvano-cautère ou du thermo-cautère sont également d'un emploi presque impraticable, par suite de la longueur du traitement, lorsqu'on a affaire à de très vastes placards lupeux.

Par contre, la pointe fine du thermo-cautère et surtout les pointes fines, longues et isolées du galvano-cautère de Besnier, sont fréquemment employées dans ma clinique, lorsque je veux détruire des tubercules lupeux d'un volume restreint, isolés, entourés d'un tissu dense ou sclérosé sur lequel la curette mord avec difficulté.

J'ai recours d'une façon constante à ce procédé, pour attaquer ou détruire les récidives du lupus se faisant dans les cicatrices sous forme de tubercules miliaires isolés. Dans ce dernier cas, il n'est pas de méthode qui puisse rendre de meilleurs services que la destruction au moyen de la pointe longue unique du galvano-cautère de Besnier.

Quant au lupus scléreux, au lupus végétant, je les traite au moyen du thermo-cautère, ou du galvano-cautère. Mais j'adjoins toujours à cette méthode l'emploi de la curette.

J'ai constaté en effet que l'action de la cautérisation se trouve dans ces cas en quelque sorte arrêtée, après une première application, par les tissus plus ou moins carbonisés, qui viennent encrasser les pointes fines du thermo-cautère ou du galvano-cautère. C'est pourquoi, après une première cautérisation, j'enlève, au moyen de la curette de Volkmann ou de la gouje de E. Vidal, les tissus carbonisés, pour y voir clair, et pouvoir cautériser de nouveau efficacement.

Ceci fait, je pratique une nouvelle cautérisation suivie d'un nouveau raclage, et ainsi de suite si c'est nécessaire, jusqu'à ce que je croie avoir complètement détruit le tissu pathologique. J'ai en effet pour habitude de détruire en une seule séance le placard lupeux auquel je m'attaque et non pas en une série de séances successives.

J'estime en effet, pour bien des raisons que j'énumérerai tout à l'heure, qu'il y a avantage dans l'immense majorité des cas à ne pas traîner le traitement du lupus. C'est pourquoi à ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur, j'hospitalise autant que possible mes lupeux. C'est pourquoi, dans ma pratique privée, je les suis très attentivement pendant les premiers jours de l'opération. Je puis ainsi surveiller mieux l'évolution de la cicatrisation et mieux la diriger. Ce sont les raisons précédentes qui m'ont fait préférer ma méthode du traitement mixte dans la grande majorité des cas. C'est avec plaisir que j'ai vu, depuis la publication de mes leçons sur le lupus, Dubois-Havenith recommander instamment l'hospitalisation temporaire ou intermittente des lupeux, incapables dans les centres ouvriers de bien se soigner chez eux, désireux de guérir au plus vite et ne pouvant se sou-

mettre à un traitement prolongé pour ne pas dire indéfini, incompatible avec leur condition sociale. Ces malades trouveront dans les hôpitaux tout ce qu'il faut pour un traitement rationnel, énergique et rapide de leur lupus.

J'ajoute que, lorsque je traite un lupus par la cautérisation combinée avec le raclage comme je l'ai indiqué plus haut, j'ai toujours soin de faire suivre cette opération de l'application de médicaments caustiques ou parasiticides.

e. — Electrolyse.

Malgré les résultats signalés par Gartner, Lutsgarten, Hardaway, etc., le traitement du lupus par l'électrolyse ne peut guère être appliqué qu'à des infiltrats lupeux excessivement limités. Pour ma part, cette méthode ne m'a jamais donné des résultats satisfaisants dans le traitement du lupus, et j'ai dû l'abandonner complètement.

Elle m'a été cependant utile dans un cas de lupus très limité de la conjonctive palpébrale et bulbaire. Elle m'a été d'un réel secours dans l'amélioration des cicatrices consécutives à la guérison du lupus.

2° — *Traitement local médicamenteux.*

a. — Traitement local médicamenteux agissant sans amener la nécrose ulcéreuse du lupôme.

D'une façon générale, ce traitement a pour base les préparations saturnines, mercurielles, iodées, les solutions de perchlorure de fer, de soude, de potasse, etc., la résorcine, l'ichthyol, l'iodoforme, les solutions ou pommades étendues à l'acide chrysophanique, pyrogallique, salicylique, l'emplâtre de Vigo cum Hg, l'emplâtre rouge au cinabre et au minium de E. Vidal, etc.

Aucun de ces traitements ne donne des résultats satisfaisants. Ils déterminent une très légère irritation, en même temps qu'une sorte de macération locale. Mais, employés à des doses non caustiques, ils ne guérissent pas, et ne peuvent (quand ils les produisent), que déterminer des améliorations très éphémères.

Je dois faire exception toutefois pour les solutions de bichlorure de mercure qui, appliquées en compresses fréquemment renouvelées, pourraient, d'après Doutrelepont, amener la guérison du lupus. Ce traitement employé seul ne m'a jamais donné de guérisons complètes. En revanche, le bichlorure de mercure est un adjuvant utile dans le traitement du lupus attaqué par les cautérisations, la curette et surtout par la méthode mixte.

Il faut toutefois faire un prudent usage des préparations mercurielles, surtout quand on les applique sur des surfaces lupiques étendues, car elles peuvent être l'origine de stomatites mercurielles graves.

Dans quelques cas l'ichthyol, employé pur ou conjointement avec l'acide salicylique en pommade à dose concentrée, a amené entre mes mains la guérison complète du lupus, mais ces cas sont tellement exceptionnels que je n'oserais recommander l'ichthyol que comme un adjuvant utile de certaines variétés de lupus.

Enfin le Dr Brooke de Manchester vient d'indiquer le traitement suivant :

Hydrargyri oleatis 2 1/2 à 5 0/0.	30
Acidi salicylici	0,7 à 10
Ichthyolis.	0,5
Ol. Lavandulæ vel Citronellæ.	q. s.

Masser la partie atteinte dix minutes matin et soir. Enduire la partie malade d'une couche de cette pommade, puis poudrer avec une poudre inerte (talc).

De même que les traitements médicamentaux précédents, ce traitement semble dans certains cas entraver l'évolution du lupôme, mais, pas plus que les précédents, il ne m'a donné de guérison absolue.

J'ai essayé d'appliquer au lupus la méthode conseillée par quelques chirurgiens viennois dans le traitement des arthrites tuberculeuses et d'autres tuberculoses locales. J'ai appliqué à la surface des ulcères lupeux et des gommes scrofulo-tuberculeuses ulcérées des compresses imbibées de la solution suivante :

Acide phosphorique.	20 grammes.
Phosphate de chaux.	40 —
Eau distillée.	300 —

Ces compresses étaient renouvelées de trois à six fois par jour et recouvertes de gutta-percha laminée.

Ce traitement ne m'a semblé agir que d'une façon très problématique sur le lupus.

b. — Traitement local médicamenteux amenant la destruction du lupôme par ulcération de celui-ci.

A. — Injections interstitielles. — L'idée d'introduire dans le lupôme des agents capables de le détruire et j'ajouterai de le stériliser d'une façon quelconque, est très séduisante au premier abord, et des essais de ce genre ont, depuis Dubini de Milan, été tentés par Ernest Veiel, Lailler, Besnier, Auspitz, Campana, et surtout par Edouard Schiff, qui a proposé d'introduire de la glycérine iodée à 1/20 dans les tissus lupeux au moyen d'une aiguille à injection hypodermique.

J'ai, pour ma part, essayé aussi de guérir le lupus en injectant dans les

lupômes différentes substances et en particulier des solutions de bichlorure de mercure, des solutions iodées, des solutions d'acide pyrogallique, d'ichthyol, des préparations renfermant de l'iodoforme, etc. Jusqu'ici, pas plus que les auteurs précités, je n'ai obtenu de résultats assez satisfaisants pour que j'ose me permettre de conseiller la vulgarisation de cette méthode. Ces insuccès dépendent, à mon avis, de ce que les agents injectés ne diffusent pas suffisamment pour détruire le néoplasme lupeux, et que, souvent, au contraire, ils portent leur action destructive non pas tant sur le lupôme que sur les tissus ambiants.

Cette méthode est donc d'un règlement difficile et nécessitera des perfectionnements considérables pour entrer dans la pratique courante. Elle est tout au plus applicable actuellement à certains cas très exceptionnels.

B. — Applicata médicamenteux amenant la destruction par ulcération du lupôme.— Cette méthode, qui a été fort en honneur il y a un certain nombre d'années, a été abandonnée en partie pour les méthodes chirurgicales nouvelles(raclage, scarifications, cautérisations ignées ou galvaniques). La réaction a été certainement exagérée, mais elle me paraît surtout tenir à ce que les caustiques médicamenteux ont souvent été employés d'une façon imparfaite, principalement à ce qu'on n'a pas suffisamment vu les excellents résultats qu'ils peuvent donner, lorsqu'on combine sagement leur usage avec les méthodes chirurgicales, en particulier avec le raclage.

Les médicaments auxquels on a eu recours en les employant soit à l'état pur, soit sous forme de pommades ou d'emplâtres, soit en solution, sont innombrables.

C'est ainsi que l'on a employé et que l'on emploie encore les caustiques arsenicaux (pâtes du Frère Côme ou de Rousselot, pâte arsenicale de Hebra), le chlorure de zinc, la potasse caustique, l'acide phénique, acétique, chlorhydrique, chromique, lactique, chrysophanique, pyrogallique, la créosote, l'huile d'aniline, la résorcine, le baume du Pérou, le permanganate de potasse, le perchlorure de fer, l'huile de noix d'acajou, les sels de mercure, les iodures mercuriaux, l'iodure de soufre, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, etc., etc. J'ai dû abandonner successivement une bonne partie de ces différents traitements, soit que leur action m'ait paru insuffisante ou par trop précaire, soit, au contraire, que, comme la potasse caustique, elle m'ait donné des cicatrices de mauvais aspect et souvent chéloïdiennes; soit enfin que, comme les sels arsenicaux, elle ait donné lieu à des phénomènes d'intoxication.

Par contre l'acide salicylique me paraît devoir être conservé, non pas que j'aie jamais vu, contrairement à l'opinion de Unna, l'acide salicylique, même employé sous forme d'emplâtre salicylé et créosoté de Unna et Beiersdorf, amener jamais à lui seul la guérison du lupus.

L'acide salicylique est un excellent agent, mais qui agit surtout en mettant à nu les lupômes. Ce décapage devra toujours être institué dès le début du traitement. Nous y reviendrons à propos du traitement mixte.

Mais après ce décapage, si l'on veut obtenir une guérison stable, il faut

employer d'autres agents plus puissants, parmi lesquels je range en première ligne l'acide lactique heureusement introduit dans la thérapeutique par Doyen de Reims; les pommades à l'iod-hydrargyrate de potasse, dont la grande utilité a été si bien démontrée par mon maître Lailler et que l'on s'étonne de voir actuellement mises hors d'usage; l'acide pyrogallique dont l'emploi conseillé par Jahrisch, puis par Schwimmer dans le traitement du lupus donne des résultats assez satisfaisants.

Le chlorure de zinc, que Lailler employait depuis si longtemps avec le plus grand succès dans le traitement des fistules consécutives aux gommes srofulo-tuberculeuses sous forme de pâte de Canquoin, appliqué à l'état déliquescent, agit d'une façon très énergique, sur tous les infiltrats scrofulo-tuberculeux décapés. J'y ai souvent recours.

Le crayon de nitrate d'argent, justement préconisé par Kaposi, est réellement abandonné d'une façon inconsidérée depuis un certain temps.

Enfin, nous avons, mais en dernière ligne et surtout comme adjuvants, d'un emploi difficile à cause des stomatites qu'ils peuvent déterminer, les sels de mercure, et en particulier le bichlorure de mercure et le biiodure de mercure.

La résorcine incorporée à parties égales de vaseline (Bertarelli Ambrogio) doit être considérée comme un adjuvant assez utile, mais seulement lorsque tout le néoplasme lupique paraît presque détruit depuis quelques jours après l'application des premiers agents caustiques et destructifs.

Je lui préfère cependant beaucoup la résorcine camphrée, le naphthol camphré, l'éther iodoformé.

Je ne puis entrer dans les détails d'application de ces différents médicaments dont les doses et le mode d'emploi varieront beaucoup suivant les cas. Il n'y a pas un traitement du lupus, il y a les traitements des lupeux, ces traitements variant avec chaque malade et chez chaque malade. Mais je dois insister sur ce fait que la plupart des médicaments destructifs précédents n'agissent d'une façon efficace que lorsque l'épiderme a été décapé, que lorsque le foyer lupeux a été mis à nu.

Je vais plus loin, je dis que, pour qu'on puisse les employer d'une façon raisonnée, utile, pour que l'on puisse en retirer les résultats maxima au point de vue de la destruction des lupômes et les effets les meilleurs au point de vue de l'obtention d'une cicatrice parfaite, il faut que le gros du tissu pathologique lupeux ait été enlevé, il faut que l'on puisse se rendre approximativement compte de ce qui reste de foyers lupeux dans les anfractuosités, dans les cavernes de la peau, pour pouvoir adapter et proportionner l'application des médicaments caustiques à l'état de la peau, lorsqu'on aura enlevé le gros du néoplasme.

C'est pourquoi, je repousse d'une façon absolue l'emploi unique et immédiat des caustiques, non précédé d'une opération enlevant le plus de tissu pathologique possible. C'est pourquoi aussi le décapage, qu'il soit fait avec l'acide salicylique ou autrement, me paraît insuffisant pour pouvoir autoriser l'application immédiatement consécutive des caustiques. Ce sont les considérations précédentes qui m'on fait adopter la méthode mixte que je vais maintenant étudier.

3° *Traitement mixte.*

Le traitement mixte constitue pour moi la base du traitement du lupus vulgaire. Voici la méthode que j'emploie et que je me permets d'exposer en détail, car depuis de longues années, elle m'a donné les meilleurs résultats, et si je ne craignais pas d'être taxé de personnalité, je dirais que je la trouve supérieure à toutes les autres méthodes.

C'est avec la plus grande satisfaction que j'ai entendu hautement vanter les résultats de mon traitement mixte (traitement que je n'avais osé appliquer au début sans une certaine appréhension), par les nombreux médecins français et étrangers qui m'ont fait l'honneur de visiter ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur, par mes élèves, enfin par mes malades, tant dans ma clinique hospitalière que dans ma pratique privée.

Aussi n'est-ce qu'après avoir suivi pendant dix ans les effets de ce traitement (employé par moi au début, je l'avoue hautement, avec une certaine hésitation) que je me suis décidé à en publier les résultats et la méthode générale en 1891 dans le *Bulletin Médical* et dans le *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, résultats et méthode qui depuis 1884 avaient fait l'objet de plusieurs de mes cliniques à l'hôpital Saint-Sauveur.

En 1891, j'ai présenté, au Congrès de la Tuberculose, un album renfermant un grand nombre de photographies représentant les résultats obtenus par ce traitement (photographies avant le traitement, photographies après le traitement) dans environ 150 cas de lupus vulgaire.

Les nombreux médecins qui ont feuilleté cet album ont reconnu l'excellence des résultats obtenus tant au point de vue de la guérison rapide et solide qu'au point de vue de la beauté de la cicatrice.

Actuellement j'ai, depuis environ dix ans, traité par ma méthode mixte plus de 250 cas de lupus. J'ajoute que ce traitement, pour donner tout ce qu'il peut et doit donner, c'est-à-dire pour procurer des résultats rapides et sûrs, doit être appliqué d'une façon énergique et méthodique. Pour savoir l'appliquer, il faut avoir suivi plusieurs malades pendant toute la durée du traitement. Un traitement par à peu près, donnera fatalement des résultats incomplets. Nous pouvons à cette méthode appliquer la phrase si juste de Besnier et Doyon : « Le médecin qui veut apprendre à traiter le lupus, doit visiter assidûment tous les services où on le traite, non pas comme cela se fait trop souvent, en passant, ou en venant voir seulement opérer, mais en interrogeant les malades, en recueillant leurs impressions et leurs souvenirs, et en ne jugeant jamais exclusivement par la parole du maître, ni par la phrase du livre. »

Il est bien entendu qu'il est loin de mon esprit de considérer cette méthode comme parfaite. Je pense au contraire que son grand avantage est de ne pas être exclusive et de permettre des perfectionnements constants. Mais, ce à quoi j'attache

la plus grande importance, c'est à l'idée générale qu'elle renferme, et qui m'a toujours guidé dans les nombreux et incessants essais que j'ai entrepris pour perfectionner la thérapeutique du lupus.

J'ai signalé plus haut une partie des raisons qui m'ont fait adopter cette méthode. Une de celles auxquelles j'attache le plus d'importance, c'est que ce mode de traitement me semble être de beaucoup le plus rapide; j'ajoute qu'il ne présente aucun danger. Or, il n'est pas indifférent d'aller vite, lorsqu'on traite un lupus. D'une part, plus l'on va vite et plus l'on diminue les chances d'infection partant du foyer lupeux.

D'autre part, dans la pratique hospitalière surtout, il est important d'éviter à notre brave population ouvrière un traitement long et fastidieux ; il en est d'ailleurs de même dans la pratique privée.

Que l'on ne m'objecte pas qu'avec ce traitement énergique je suis pour la pratique hospitalière obligé d'hospitaliser les malades. Je pense que les lupeux doivent être hospitalisés autant que possible pendant les quinze premiers jours du traitement. Il faut les voir tous les jours, il faut que les pansements soient faits par des mains exercées.

C'est le seul moyen d'obtenir une guérison stable et une belle cicatrice. D'ailleurs, si les malades ne peuvent ou ne veulent entrer à l'hôpital, on peut les faire venir tous les jours à la policlinique hospitalière. Pour la pratique privée, je suis d'avis qu'avec cette méthode mixte énergique, les malades doivent être également vus tous les jours, pendant les dix premiers jours, soit chez eux, soit dans le cabinet de consultation du médecin.

La seule objection que l'on puisse faire à cette méthode, c'est l'aspect de la cicatrice. Or, mes observations me démontrent que, lorsque ce traitement est bien employé, lorsque le processus de cicatrisation a été attentivement surveillé, l'on obtient des cicatrices des plus satisfaisantes au point de vue esthétique et au point de vue thérapeutique.

Seul le traitement du lupus, par les scarifications, produit en général des cicatrices plus belles, mais j'ai signalé plus haut les inconvénients de ce procédé. D'ailleurs je combine souvent les scarifications avec ma méthode mixte pour améliorer les cicatrices ; mais je les emploie d'ordinaire, je le répète, non pas au début pour amener la guérison du lupus, mais plus tardivement, pour parfaire la cicatrice.

En somme, ma première préoccupation est d'abréger le plus possible la durée du traitement et de mettre le malade le plus sûrement possible à l'abri de ces repullulations si fréquentes à la suite de traitements moins énergiques.

La plupart des malades réclament avant tout une guérison prompte et radicale et en deuxième ligne une cicatrice plane, souple et d'aspect irréprochable.

Cette méthode mixte, plus rapidement et plus sûrement que toute autre, leur donnera ce qu'ils réclament en première ligne, à savoir la rapidité et la solidité de la guérison ; et, bien dirigée, elle leur donnera une cicatrice tout aussi belle que celle que l'on aurait pu obtenir à la suite de la cautérisation fragmentée du lupus, au moyen du thermo-cautère ou du galvano-cautère.

Comme le disait tout récemment Dubois-Havenith, « il vaut mieux une cicatrice qu'une guérison que l'on promet toujours et qui ne vient jamais. »

Voici comment je procède habituellement :

Lorsque j'ai affaire à un lupus recouvert de croûtes, je fais tomber celles-ci au moyen de cataplasmes, pulvérisations et lotions antiseptiques, ou tout simplement d'onctions avec la vaseline boriquée ou bichlorurée. Si j'ai affaire à un lupus non exedens à tubercules confluents, j'ai souvent pour habitude de décaper le placard lupeux en appliquant à sa surface une pâte ou un emplâtre salicylé fort.

L'emplâtre salicylé et créosoté de Unna et Beiersdorf que l'on peut trouver excellemment préparé dans les pharmacies Vigier et Cavailhès, à Paris, constitue une bonne préparation salicylée de décapage que j'emploie fréquemment. J'emploie souvent aussi les préparations suivantes :

Cire blanche . . . . } ãã parties égales.
Beurre de cacao . . . . }
Faites fondre et ajoutez à la masse quand elle est refroidie.
Créosote de hêtre . . . . } ãã 30 gr.
Acide salicylique . . . . }
M. p.

Ou encore :

Résine de Dammar blanche. . . . . . } ãã 30 parties.
Cire blanche. . . . . }
Faites fondre la masse ensemble et ajoutez quand elle est à moitié refroidie :
Acide salicylique. . . . . 20 parties.
Créosote de hêtre. . . . . 40 —

Ou encore :

Acide salicylique porphyrisé . . . . . . 20 parties.
Oxyde de zinc. . . . . 10 —
Créosote de hêtre . . . . 30 —
Mêlez séparément dans une capsule.
D'autre part, mêlez séparément dans une autre capsule :
Eau. . . . . 30 parties.
Gélatine pure . . . . 10 —
et quand l'eau et la gélatine sont bien mélangées, ajoutez :
Glycérine. . . . . 30 parties.
Puis chauffez au bain-marie à 45° l'eau, la gélatine et la glycérine.
Videz ensuite dans un mortier et mélangez intimement le contenu des 2 capsules précédentes dans le mortier légèrement chauffé.

Ou encore :

Emplâtre diachylon . . . . 20 parties.
Acide salicylique porphyrisé . . . . . . 3 —
Résorcine . . . . 2 —
Créosote de hêtre. . . . . 2 —
Huile blanche . . . . 20 —

Délayez l'acide salicylique et la résorcine dans l'huile, et ajoutez le mélange à l'emplâtre fondu et presque froid.

Enfin, incorporez la créosote et coulez aussitôt au sparadrapier.

En 24 heures sous l'influence de ces agents le décapage est suffisant.

Dans les deux cas, après avoir eu soin d'anesthésier autant que possible les parties malades avec une solution de cocaïne, après avoir même dans des cas exceptionnels chloroformisé mon malade, si c'est nécessaire, j'enlève avec une curette le plus de tissu lupeux que je puis, ayant soin de faire pratiquer par mes aides une hémostase soignée au moyen de tamponnets d'ouate hydrophile antiseptique (1). J'ajoute que je détruis toujours en une seule séance le placard lupeux auquel je m'attaque et que je m'efforce, autant que faire se peut, si le malade est porteur de plusieurs placards lupeux, de détruire ceux-ci dans la même séance. Il m'arrive très souvent de cautériser, au moyen du thermo-cautère, les points les plus fongueux et les plus saignants. Je pratique ensuite une dernière et minutieuse séance de raclage avec une curette plus petite, essayant d'enlever tout ce que je peux du tissu lupeux restant enchâssé dans les anfractuosités de la peau. Puis, pour arrêter l'écoulement de sang, je fais appliquer sur la plaie saignante des tamponnets d'ouate hydrophile imbibés d'éther iodoformé, si heureusement introduit en pratique chirurgicale par Verneuil.

Quand on attaque par le raclage un lupus scléreux, on est frappé de la difficulté avec laquelle la curette entame et enlève le tissu pathologique. Mais si l'on a soin, comme je le conseille, de galvanocautériser préalablement une partie du lupus avec la pointe du galvano-cautère de Besnier ou la pointe fine du thermo-cautère (en général son contour pour limiter le mal), suivant une largeur de 4 à 5 millimètres, on enlèvera alors facilement avec la curette non seulement les parties cautérisées, mais aussi une bonne partie du placard central. Il n'est pas toujours nécessaire, pour que le reste du lupus scléreux puisse être raclé facilement, que tout le placard lupeux ait été cautérisé.

Je tiens à insister particulièrement sur les points suivants : lorsqu'il s'agit d'un lupus infiltrant profondément le nez ou le pourtour d'un des orifices naturels de la tête, ou la peau de la face dorsale des doigts, des orteils et même des mains et des pieds, je manie la curette et le thermo-cautère avec les plus grandes précautions, de façon à ne pas enlever toute la région atteinte (le nez par exemple) en quelques coups de curette, à ne pas amener des destructions irréparables.

Je préfère alors, me guidant sur une pratique variable suivant chaque cas particulier, et basée sur le tact chirurgical et dermatologique, ne pas enlever brutalement tout l'infiltrat lupeux du premier coup avec la curette, et en laisser

1. Souvent je me borne tout bonnement à décaper la surface du placard lupeux, avant de pratiquer le raclage à la curette, en cautérisant rapidement sa surface avec le couteau du thermo-cautère.

C'est là une excellente et rapide méthode de décapage que je ne saurais trop recommander et que, dans mon traitement mixte, je préfère souvent au décapage par applicata médicamenteux pour les raisons suivantes : facilité, rapidité plus grandes, douleur peut-être moins grande.

une partie variable suivant les cas, que j'attaquerai lentement et progressivement dans deux ou trois autres séances, au moyen des caustiques ci-dessous, combinés avec un curettage modéré.

J'ajoute que dans ces cas, surtout au nez, l'on devra s'attacher autant que possible à détruire d'une façon symétrique l'infiltrat lupeux.

Il faudra en outre ne jamais oublier d'empêcher l'atrésie des narines en introduisant dans celles-ci des tampons d'ouate, pour les dilater pendant la période de cicatrisation. Dans de pareilles conditions, l'on arrive souvent à conserver avec une forme presque parfaite, des nez ou autres régions qu'un curettage trop brutal, une cautérisation trop énergique auraient détruits presque en totalité.

Notons en terminant que, même avec cette application atténuée et retardée de mon traitement mixte, la guérison est encore souvent très rapide, très sûre et la cicatrice obtenue de bon aspect.

Le pansement consécutif varie beaucoup suivant les cas, suivant l'état d'infiltration des parties, suivant la variété du lupus, suivant la profondeur de l'infiltration, suivant la quantité de tissu lupeux que l'on croit encore exister dans la peau. Lorsque j'ai eu affaire à un lupus mou, fongueux, ou lorsque je crois avoir réussi à enlever par l'opération précédente presque tout le tissu lupeux, je me borne à panser deux fois par jour les plaies avec des compresses trempées dans la solution suivante :

Bichlorure de mercure		1	gramme.
Alcool	} ââ . .	250	—
Glycérine.			
Eau distillée		500	—

Dans d'autres cas, je préfère l'emploi des pommades au bichlorure de mercure dont je varie la dose suivant les cas. Mais ces préparations au bichlorure de mercure présentent un grand inconvénient, lorsqu'elles sont appliquées sur des surfaces étendues principalement; c'est la stomatite mercurielle.

D'autre part, j'ai presque renoncé aux préparations bichlorurées dans le traitement du lupus de la face, à cause de l'œdème intense des paupières qu'elles déterminent très souvent, surtout lorsque leur application n'a pas été faite d'une façon suffisamment soigneuse, au moyen de tampons d'ouate très minutieusement appliqués, et je réserve presque exclusivement leur emploi au lupus du tronc et des membres.

J'ajoute que, quel que soit le traitement du lupus que j'emploie, je fais précéder chaque pansement quotidien ou biquotidien d'une pulvérisation d'un quart d'heure de durée avec la solution de bichlorure de mercure dont j'ai donné plus haut la formule.

D'ailleurs chez certains sujets, les préparations bichlorurées, même les pulvérisations faites avec la solution de bichlorure que j'indique plus haut, sont mal supportées et donnent lieu à des poussées eczématiformes pouvant, à leur tour, étant inoculées par des agents de la suppuration, produire des exulcérations

nuisibles au traitement. Je les remplace alors par des pulvérisations faites avec une solution boriquée forte.

Dans la plupart des cas, lorsqu'après mon opération je veux encore obtenir une cautérisation énergique, croyant ne pas avoir suffisamment détruit le lupôme, et c'est là la règle ordinaire, je préfère l'emploi des pommades à l'iodhydrargyrate de potasse et surtout de l'acide lactique. Mais l'application de ces deux agents, qui donnent les meilleurs résultats, lorsqu'ils sont bien employés, doit être l'objet d'une surveillance attentive.

Seul le médecin traitant, seul un dermatologiste expérimenté devront en faire usage, car le moindre défaut de technique pourrait avoir pour conséquence la production d'eschares profondes, la destruction des tissus sains ambiants. Voici comment je procède en général :

Si j'emploie la pommade à l'iodhydrargyrate de potasse, je couvre les points que je veux cautériser de petites plaques fines d'ouate enduites d'une pommade à l'iodhydrargyrate dont la dose varie suivant les cas. Je fais renouveler le pansement deux fois par jour pendant 2, 3, 4 et même 5 jours.

Si, au contraire, et c'est le cas ordinaire, j'emploie l'acide lactique, j'applique également sur les parties que je veux cautériser des plaques très fines d'ouate hydrophile imbibées de :

Glycérine.	6
Acide lactique.	4

et je laisse ce pansement en place pendant 2 à 7 heures par jour suivant les cas. Le pansement est ainsi renouvelé pendant 1, 2, à 3 jours, suivant les cas. Je panse la plaie dans l'intervalle des pansements avec des tamponnets d'ouate hydrophile imbibés de :

Naphthol }
Camphre } à parties égales.

Ou de :

Résorcine.	1
Camphre	2

Chaque pansement est précédé d'une pulvérisation à la solution de bichlorure de mercure, d'un nettoyage soigné de la plaie au moyen de tampons d'ouate imbibés dans cette solution, et d'un attouchement du fond et des bords de la plaie avec un pinceau imbibé d'éther iodoformé. Je recommande d'enlever et de désinfecter avec le plus grand soin l'épiderme macéré qui entoure les bords de la plaie.

Dans certains cas, je remplace l'iodhydrargyrate de potasse et l'acide lactique par des cautérisations faites au moyen d'un pinceau trempé dans le chlorure de zinc déliquescent ou par l'application d'une pommade à l'acide pyrogallique ainsi formulée :

Acide pyrogallique.	1 ou 2
Talc.	1 ou 2
Vaseline.	20

Après avoir appliqué les agents précédents pendant un ou plusieurs jours suivant les cas, je panse la plaie avec des tampons d'ouate imbibés de naphthol camphré ou de résorcine camphrée (je préfère d'ordinaire la résorcine camphrée) qui agissent d'une façon très heureuse sur les phénomènes suppuratifs qui se produisent toujours à cette époque. Ces pansements sont renouvelés deux fois par jour. On les continue pendant une période de 2 à 4 jours. Chaque pansement est précédé d'une pulvérisation d'environ un quart d'heure avec la solution de bichlorure de mercure ou d'acide borique et d'un attouchement avec la solution d'éther iodoformé. Si je le crois nécessaire, je n'hésite pas à toucher parfois le bord des plaies avec un petit pinceau de charpie ou d'ouate trempé dans le chlorure de zinc déliquescent.

L'on enlève toujours avec le plus grand soin, ce que l'on doit faire pendant toute la durée du traitement (ceci pour ne plus y revenir), l'épiderme macéré qui entoure les bords de la plaie, et l'on passe à ce niveau un tampon d'ouate hydrophile trempé dans l'éther iodoformé.

A partir de ce moment, l'on devra manier avec habileté le crayon de nitrate d'argent, pour détruire énergiquement les parcelles de tissu lupeux qui pourraient encore rester et qui se présentent souvent sous l'aspect de bourgeons charnus mollasses, blafards, parfois assez volumineux.

Dans certains cas, si le crayon de nitrate d'argent ne suffit pas, je n'hésite pas à employer le pinceau ou plutôt la pointe fine de bois, trempée dans le chlorure de zinc déliquescent, ou la pointe fine du thermo-cautère ou du galvano-cautère. C'est surtout avec le crayon de nitrate d'argent que l'on arrivera à mener à bien la cicatrisation et à obtenir une belle cicatrice.

A dater du jour où j'ai cessé les pansements au naphthol camphré ou à la résorcine camphrée, je panse la plaie poudrée ou non d'iodoforme porphyrisé avec l'emplâtre de Vigo cum Hg, avec l'emplâtre hydrargyrique mou de Unna, phéniqué ou non, dont voici les formules :

Hydrargyri vivi.	8
Terebenthinæ.	4
Misce et adde	
Empl. lithargyri	24
Terebenthini aut ol. ricinensis.	3

Soit encore :

Hydrargyri vivi.	10
Terebenthinæ.	10
Empl. plumb. simpl.	25
Resinæ pini.	5
Acidi carbol.	2 à 3

ou dans d'autres cas avec des pommades faibles au bichlorure de mercure.

Il faut noter cependant que ces emplâtres et les pommades au bichlorure de mercure déterminent parfois chez certains sujets des poussées eczémateuses. Dans

ces cas, je panse le centre de la plaie avec de l'iodoforme mélangé ou non de salol, et je recouvre d'un morceau de tarlatane sans apprêt, plié en plusieurs doubles, enduit d'une épaisse couche de ma pâte salicylée dont voici la formule, telle que je la prescris depuis 1884, dans le traitement de diverses affections cutanées :

Vaseline pure.	80
Lanoline pure.	40
Oxyde blanc de zinc.	25
Poudre de riz.	30
Acide salicylique porphyrisé.	1, 2 ou 3

Dans certains cas, je remplace l'acide salicylique par le salol, suivant la formule suivante :

Vaseline pure	80
Lanoline pure	40
Oxyde blanc de zinc.	10
Poudre de riz.	15
Salol.	20

Parfois enfin, je remplace l'acide salicylique par l'acide borique à dose variable ou par le dermatol.

Dans certains cas, surtout chez les sujets à peau irritable, l'emplâtre de Vigo cum Hg est avantageusement remplacé par l'emplâtre rouge au minium et au cinabre de E. Vidal dont voici la formule :

Minium.	2 gr. 5
Cinabre.	1 gr. 5
Emplâtre diachylon	26 gr.

F. s. a. 1 sparadrap.

ou par l'une des préparations suivantes :

Calomel à la vapeur.	2 grammes.
Axonge benzoïnée fraîche.	15 —
Oxyde blanc de zinc.	4 —

Ou encore :

Calomel à la vapeur.	4 —
Oyxde blanc de zinc.	5 —
Talc	2 —
Glycérolé d'amidon ou vaseline . .	30

Si la plaie me paraît trop suintante, j'ai parfois recours aux pommades à l'ichthyol mélangées ou non de bichlorure de mercure qui d'ordinaire la dessèchent rapidement.

J'emploie fréquemment l'une des préparations suivantes :

Vaseline	30
Talc.	2
Ichthyol	1, 2 ou 3

Ou encore :

Vaseline.	50
Talc.	2
Ichthyol.	0,5 à 1
Bichlorure Hg	0, 08 centigr.

D'autres fois, je panse la plaie avec une poudre ou une pommade à l'aristol, soit pure, soit mélangée de salol, ce qui m'a paru souvent hâter la cicatrisation de la plaie d'une façon remarquable. Très souvent aussi j'emploie l'iodoforme porphyrisé, soit en poudre, soit sous forme de pommades comme dans les préparations suivantes :

Vaseline pure . . . . . Iodoforme porphyrisé.	ãã parties égales.

Ou encore :

Iodoforme porphyrisé.	30
Salol	20
Vaseline pure	50

Enfin lorsque la plaie est blafarde, atonique, je la panse avec de la poudre de sous-carbonate de fer soit pure, soit mélangée de charbon ou de salol. Ainsi traité, le processus de cicatrisation marche avec une grande rapidité, et l'on peut dire en général qu'il faut de 6 semaines à 3 mois, suivant les cas, depuis le jour de l'opération, pour obtenir la cicatrisation complète du placard lupeux.

Tel est le procédé que j'emploie d'ordinaire pour détruire et amener la cicatrisation complète des placards lupeux à infiltration profonde. Mais dans d'autres cas, aussitôt après l'opération du raclage, croyant pouvoir considérer la destruction du lupôme comme suffisante, je n'ai pas recours aux caustiques puissants, je laisse de côté l'acide lactique et la pommade à l'iodhydrargyrate de potasse et institue de suite le pansement au naphthol camphré et à la résorcine camphrée, comme je l'ai indiqué plus haut, avec tous les pansements et soins ultérieurs consécutifs, y compris les cautérisations secondaires au crayon de nitrate d'argent.

Lorsque les tubercules sont disséminés, isolés, petits, plongés dans un tissu dense, scléreux, je ne racle pas et je détruis les lupômes au moyen de la pointe fine du thermo ou du galvano-cautère de Besnier. Mais il faut avoir soin dans ces cas, de bien détruire tout le lupôme et de s'assurer que celui-ci n'est pas infiltré d'une façon irrégulière, en loges et cryptes parfois étendus dans la profondeur de la peau, loges et cryptes dont l'existence peut facilement passer inaperçue à un examen superficiel. Dans ces cas, le curettage, voire même le débridement devront être associés à la cautérisation ignée, et il sera souvent nécessaire d'avoir recours en ces points à ma méthode mixte.

Cette méthode est également applicable au traitement de très petits placards lupeux isolés. J'ai d'ailleurs toujours soin de faire suivre les cautérisations, d'appli-

cations de cataplasmes de fécule préparés avec la solution de bichlorure de mercure ou de pommade au bichlorure de mercure faible, ou je me borne simplement à appliquer sur la partie cautérisée de l'emplâtre de Vigo cum Hg, après avoir poudré préalablement avec de l'iodoforme porphyrisé. Une fois les eschares détachées, je panse les plaies, comme je l'ai dit plus haut, à partir du moment où j'applique le naphthol ou la résorcine camphrés. C'est surtout dans le traitement des récidives du lupus que les cautérisations avec les pointes fines du galvanocautère de Besnier sont utiles.

Avant d'aborder l'étude de la cicatrice, je dois signaler rapidement certains accidents qui, bien que n'étant plus d'essence lupeuse, peuvent néanmoins entraver la guérison du lupus. J'ai parlé plus haut de l'eczéma, je n'y reviens pas. Mais je dois insister sur le traitement des accidents suppuratifs para-lupeux que j'ai signalés dans mon mémoire intitulé : « De l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus », que j'ai publié dans la *Médecine Moderne* en novembre 1890.

Ces accidents, sur lesquels je n'ai plus à revenir ici, seront heureusement combattus par les pansements au moyen des pâtes salicylées, en saupoudrant ou non préalablement le fond de la plaie avec de l'iodoforme, du salol, de l'aristol, de l'iodol, du dermatol, voire même du charbon dans certains cas. Si l'ulcération paraît un peu atonique, le pansement avec la poudre de sous-carbonate de fer donnera souvent de bons résultats. Ce traitement bien appliqué amènera d'ordinaire une cicatrisation rapide.

Le lupus étant sur le point de se cicatriser, il faut une surveillance minutieuse pour obtenir une belle cicatrice. Celle-ci sera en effet bien souvent ce qu'on voudra la faire, car avec une surveillance attentive et des soins minutieux, il est loin d'être impossible d'obtenir une cicatrice plane et souple, même après une cicatrisation très profonde et très étendue.

C'est ici que les cautérisations fréquentes et sagement pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent donnent des résultats excellents pour empêcher les récidives et parfaire la cicatrisation. Si la cicatrisation est languissante, le sous-carbonate de fer, combiné ou non avec l'iodol, le salol, l'aristol, le dermatol, activera le processus cicatriciel. Remarquons en passant que la beauté de la cicatrice n'est pas en rapport avec la superficialité de la lésion.

La cicatrice une fois obtenue, il faudra, si elle ne paraît pas assez satisfaisante, l'assouplir, l'amincir, la rendre plus pâle, en un mot la perfectionner par l'emploi des scarifications combinées avec l'emploi d'emplâtre de Vigo cum Hg ainsi que l'ai conseillé depuis 1884 dans mes cliniques. Dans certains cas, le Vigo sera heureusement remplacé par l'emplâtre rouge au minium et au cinabre de E. Vidal.

Enfin, j'ai parfois adjoint aux scarifications et aux applications de Vigo le massage et l'électrolyse pour obtenir de belles cicatrices. Une cicatrice satisfai-

sante une fois obtenue, je recommande d'ordinaire à mes malades de couvrir celle-ci la nuit, pendant un certain temps, avec un morceau d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre rouge de E. Vidal, et le jour d'enduire très légèrement la région avec une pommade au bichlorure de mercure à 1 ou 2/1000, renfermant un peu de talc.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'une surveillance attentive des malades est nécessaire encore pendant longtemps. Il faut revoir les malades tous les 15 jours, tous les mois au maximum pendant la première année, tous les 2 à 4 mois les années consécutives. C'est ainsi que, si une récidive se produit, l'on pourra de suite l'attaquer énergiquement, et empêcher par la destruction immédiate (en général au moyen du galvano-cautère de Besnier), de quelques nodules de récidive, la repullulation intensive des lupômes.

Ces récidives sont pour ainsi dire la règle; car, dans l'immense majorité des cas, il faut savoir que, malgré tout, l'on n'a pas détruit tout le lupôme. L'on obtiendra ainsi une deuxième guérison, qui souvent ne sera pas définitive. Celle-ci sera suivie d'une troisième récidive que l'on traitera et qui ne sera pas elle-même la dernière.

D'ordinaire, bien traitées et traitées en temps, ces récidives seront graduellement décroissantes comme intensité, et c'est ainsi que, après une série de récidives plus ou moins nombreuses, on finira par obtenir la guérison définitive du malade. Comme on le voit et comme je le dis familièrement dans mes cliniques, le médecin et le malade finiront par triompher du lupus, s'ils sont plus entêtés et plus tenaces que lui.

Nous avons étudié au chapitre «Complications» les complications eczémateuses, impétiginisées, les fissures et déchirures qui peuvent se produire au niveau de la cicatrice et être prises par un médecin non prévenu pour une récidive de lupus.

Ces complications seront en général rapidement guéries par l'application de mes pâtes salicylées, salolées, dont j'ai donné plus haut la formule, et chez les sujets à peau irritable, par l'application de la pâte au borax suivante que je prescris fréquemment depuis 1884 dans le traitement de différentes affections cutanées:

Vaseline.	80
Lanoline	40
Oxyde blanc de zinc	16
Poudre de riz.	35
Talc.	4
Biborate de soude	1, 2, 3, 4.

S'il y a tendance aux exulcérations avec crevasses persistantes, etc., je les panse avec de l'iodoforme en poudre, ou de l'iodol, du salol, du dermatol ou du sous-carbonate de fer, ou d'une poudre résultant du mélange d'une ou plusieurs de ces différentes substances et j'applique ensuite un pansement biquotidien occlusif

avec la pâte salicylée, ou les pâtes salolées et boratées dont j'ai donné plus haut la formule.

Il faut avoir soin de ne pas prendre pour des nodules miliaires de récidive et de ne pas traiter comme tels, les petites lésions miliaires d'acné sébacée qui se développent au niveau de la cicatrice, dont j'ai parlé au chapitre « Complications », et qui simulent parfois au plus haut degré le nodule lupeux de récidive.

Le lupus des muqueuses sera surtout attaqué au moyen de la pointe fine du galvano-cautère de Besnier, d'attouchements avec l'acide lactique pur ou dissous dans la glycérine dans la proportion indiquée plus haut, d'attouchements avec une pointe de bois trempée dans le chlorure de zinc déliquescent ou dans l'acide chromique en solution concentrée, de cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent. Les attouchements biquotidiens avec un pinceau ou un tamponnet d'ouate imbibés d'éther iodoformé doivent être considérés comme un adjuvant très utile des traitements précédents.

Enfin dans certains cas, l'on emploiera un curettage superficiel ou les scarifications sanglantes d'après la méthode de E. Vidal, suivies aussitôt de cautérisations avec l'acide lactique ou le perchlorure de fer, ou le crayon de nitrate d'argent.

On ne devra jamais négliger de pratiquer l'antisepsie des muqueuses malades au moyen de gargarismes, d'irrigations, de pulvérisations avec la liqueur de Van Swieten pure ou coupée à moitié avec du lait, avec les solutions d'acide borique, alternant avec la solution suivante :

Salicylate de soude.	4	grammes.
Biborate de soude.	4	—
Chlorate de potasse.	2	—
Glycérine neutre	50	—
Eau distillée.	150	—

Les gargarismes, pulvérisations, irrigations avec les Eaux-Bonnes pures ou coupées de lait seront quelquefois utiles.

Le lupus des vieillards sera dans certains cas respecté ou tout au moins soigné uniquement par des applications d'emplâtre de Vigo, d'emplâtre rouge, de pommades diverses dont la formule variera suivant les cas, par la méthode de Brooke, en un mot par les traitements peu ou plutôt pas destructifs, car souvent le lupus évolue chez les vieillards d'une façon tellement lente, tellement torpide que cette évolution constitue presque une guérison.

Ce n'est pas seulement chez les vieillards qu'il faut dans certaines circonstances savoir s'abstenir de tout traitement actif. Il est des cas, très exceptionnels il est vrai, que Besnier a avec raison considérés comme de véritables « noli me tangere » et qui ne sont justiciables en réalité que des méthodes palliatives.

Les complications locales ou de voisinage que nous avons étudiées au chapitre « Complications », dues à la résorption du virus tuberculeux puisé dans le foyer scrofulo-tuberculeux, devront être attaquées avec énergie et rapidité.

Les gommes scrofulo-tuberculeuses cutanées, les lymphangites scrofulo-tuberculeuses, seront attaquées et détruites par la curette, par le thermo-cautère, en ayant bien soin de détruire *largâ manu* les bords et le fond de la lésion.

Il faudra particulièrement se méfier des anfractuosités, des diverticulums, et des décollements qui devront être détruits au moyen de la curette et du thermo-cautère. Il sera le plus souvent utile d'appliquer à la thérapie des gommes scrofulo-tuberculeuses de la peau le traitement mixte que j'ai indiqué plus haut

Que l'on ne se laisse pas influencer par la crainte de la cicatrice. Celle-ci sera en général d'autant plus belle, plus lisse et plus souple que la destruction aura été faite plus complètement, plus largement, à condition bien entendu de surveiller la période de cicatrisation.

Quant aux gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques et ganglionnaires, aux lymphangites scrofulo-tuberculeuses profondes, elles seront traitées suivant les cas par les injections d'éther iodoformé, etc. (d'après la méthode de Verneuil et de ses élèves), par les injections de naphthol camphré, par les flèches de pâte de Canquoin (d'après la méthode de mon maître Lailler), par les injections interstitielles d'une solution de chlorure de zinc (d'après la nouvelle méthode de Lannelongue), par le curettage, l'ablation, la destruction ignée, etc., etc.

Les complications osseuses et articulaires étant le plus souvent du ressort de la chirurgie, nous n'avons pas à y insister ici. Notons que, dans certains cas, un lupus ancien, déformant et mutilant des extrémités, pourra nécessiter l'ablation du membre malade.

Quant aux complications viscérales, pulmonaires en particulier, elles seront traitées par les méthodes usitées en pareil cas.

Remarquons cependant qu'une tuberculose viscérale, en particulier une tuberculose pulmonaire surtout au début, ne doivent pas arrêter le dermatologiste au point de vue du traitement local destructif du foyer scrofulo-tuberculeux.

Il y a tout intérêt pour le malade à détruire le plus complètement et le plus rapidement possible un foyer tuberculeux périphérique, cause trop fréquente d'une tuberculisation à marche centripète.

Quant à l'épithéliome, qui vient parfois compliquer le lupus, il faudra le détruire le plus tôt et le plus complètement possible. Il faudra le détruire *largâ*

manu, en n'oubliant pas en effet que cet épithéliome diffuse d'ordinaire assez loin dans les tissus indemnes en apparence de toute complication épithéliomateuse.

Il faudra en outre, sans hésiter, enlever les ganglions suspects, quelque petits qu'ils soient, et ne pas prendre pour des adénopathies inflammatoires ou scrofulo-tuberculeuses des adénopathies cancéreuses.

Dans les cas douteux, mieux vaut enlever immédiatement une adénopathie suspecte, que d'exposer son malade à la récidive épithéliomateuse ganglionnaire après guérison complète de l'épithéliome enlevé, comme j'en ai malheureusement vu des exemples. Ajoutons en outre que toute ulcération, toute saillie, tout papillôme suspect de dégénérescence épithéliomateuse devra, sans hésitation aucune, être détruit le plus tôt possible.

Telles sont les indications générales du traitement de la scrofulo-tuberculose tégumentaire. Comme j'y insiste depuis longtemps dans mes cliniques, seule une longue habitude de cette affection pourra apprendre au médecin ce qu'il doit faire, et quelle méthode il doit préférer chez tel ou tel malade, car chaque cas particulier lui fournit des indications thérapeutiques spéciales.

BIBLIOGRAPHIE DE LA SCROFULO-TUBERCULOSE

DU TÉGUMENT

Ackermann. Dissert, de scrof. naturâ. *Paris* 1862.

Fabrice d'Acquapendente. Sur le moyen d'oster les cicatrices — Œuvres chirurgicales Trad. française 1643. Liv. II. Chap. IX p. 305.

Adler. Jahresb. des Wiener Krankenhauses. 1875.

Aigre (D.) Tuberculose miliaire aiguë du pharynx. Soc. Méd. des Hôpitaux. 1890.

Albert. Wien. Klin. 1883. Helft IV. p. 85.

Albrecht. La scrofule et son traitement envisagés conformément à la découverte du bacille de Koch. Revue Médicale de la Suisse Romande 4e année N° 1.

Albrett. On scrofulous neck, and on the surgery of scrofulous glands. *London* 1885. J. et A. Churchill 3° p. 80.

Alessandro. Sur un cas de Lupus. Giorn. intern. dell. science. med. Anno 11, fascicolo 11, 172. 1888,

Alexander. Zehenders Augenheilkunde. XIII. Jahresbericht.

Alibert. Description des maladies de la peau. Fol. *Paris* 1814, p. 64, pl. 19.

— Monographie des dermatoses. *Paris*, 1835.

— Monographie des dermatoses. Traduit en allemand par Bloest, d'après Braynac, *Leipzig* 1837. T. II. p. 91.

Amat. Bains de mer et traitement maritime de la scrofule. Montpellier Médical 1885.

Amat. De la scrofule. Histoires et doctrines. Montpellier médical. 1889.

Anderson (Mac Call). Lupus verrucosus. Lectures on clin. Médecin. *Londres* 1879.

— Scrofuloderma verrucosum. Glasgow Med. Journal. Avril 1989.

Andral. Clin. Med. VI. p. 333.

Andrassy. Uber die Behandlung der Kalten Abscesse mit Iodoformen injectionen, Tubingen 1886. 28, p. 81.

Angibaud. Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau. Thèse de Paris. 1891.

Arloing. Académie des Sciences. 1885.

— Académie des Sciences. 27 septembre 1886. T. CIII. p. 559.

— Sur la différenciation expérimentale de la scrofule et de la tuberculose humaine. Revue de Médecine. 1887 p. 97.

— Des divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale. Congrès international pour l'étude de la tuberculose 1888.

— L'inoculation aux animaux comme élément de diagnostic de la tuberculose et de la scrofule de l'homme. Congrès international pour l'étude de la tuberculose 1888.

— Etude sur les moyens locaux et généraux d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale. Congrès international pour l'étude de la tuberculose. 1888.

Arlt. Zehender's Klinik Monatsblatt. 1887.

Arning. Mittheilungen uber Versuche mit der Koch' schen injections flussigkeit bei lepra und Lupus. Deuts. Mcd. Wochenschr. 1890.

Arnozan. Contribution à l'étude du traitement du lupus tuberculeux. Journal de Médecine de Bordeaux, 1881.

— Inoculation de lupus dans l'œil d'un lapin. Journ. de Médecine de Bordeaux, septembre 1885.

Arnould. Lèpre Kabyle, *Paris* 1861.

Arthaud. *Voir* Raymond et Arthaud.

Aubert. Du râclage dans les maladies de la peau. Lyon médical 1876.

Aubert et Valla. Obs. de malades traités par le raclage. Lyon médical 1876. T. XXII. p. 439.

Aubert. Le traitement du lupus à l'Antiquaille. Annales de Dermatologie Mars 1883.

— Etiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance Revue des Maladies de l'enfance. Août 1888.

Aufrecht. Pathol. Untersuch. 1881. Centralblatt f. d. Med. Wissensch. 1882. N° 17.

Auspitz. Sitzungbe d. k. k. Aertze 1864.

— Med. Jahresber. 1864. Bd. 2.

— Uber die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus. Wien. Med. Jahrbuch, 1864.

— Ueber die mechanische. Behandlung der Hauthrankheiten. Viertelj. f. Derm. und syphilis 1876. P. 562, 565.

— Ueber Lupus syphiliticus und scrophulosus. Wien. Med. Presse 1878.

— System der Hautkrankheiten. Wien 1881.

— Lupus. Eulenburg's Realencyclopedie 1883.

Autenrieth. Speciellen Nosologie und Therapie, nach dem System eines berühmten deutschen Aertzes und Professors, herausgegeben von Dr Reinhardt. Würzburg 1834.

Avendano (L). Sur un ulcère tuberculeux de l'avant-bras survenu par inoculation accidentelle. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose 1888.

Avicenna. Tom. III. Leb. IV. Tract. I. Caput VI.

Babes. Note sur les rapports du bacille de la tuberculose et de la lèpre avec les surfaces tégumenteuses. Comptes rendus de la Soc. de Biologie p. 265. 1883.

— Comparaison entre le bacille de la tuberculose et celui de la lèpre. Comptes rendus de l'Institut 1883.

— Note sur une espèce de cellules granuleuses et ses relations avec la syphilis, le lupus, le rhinosclérôme et la lèpre. Bulletins de la Soc. Anatomique. 1883.

Babes Der erste Nachweis des Tuberkelbacillus und seinein Nachweis im Gewebe beim lebenden Menschen. Scct. f. Naturw. und Heilkunde. Ref. Fortschr d. Medecin. P. 172 (Bacillen am Grunde eines Tonsillargeschwürs, verwerthb. für die Diagnose der Darmtuberculôse 1884.

— Sur les associations bactériennes dans la tuberculose. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose. 1891.

— Voir Cornil et Babès.

— Communication de la Soc. Anatomique 1883.

Babinski. Ulcère tuberculeux de la lèvre. Soc. Anatom. 1882.

de Backer. Mise au point des vaccinations antituberculeuses en général et des dangers du remède de Koch en particulier. Note lue à l'Académie des Sciences. 13 avril 1891.

Bachelet de Lindry. Dissertation sur la dartre rongeante. In-8° *Paris* 1803.

Badal. Lupus du nez consécutif à une fistule lacrymale. Journal de Médecine de Bordeaux. p. 250. Janvier 1887.

Baginsky. Die Behandlung des ulcus tuberculosus am septum narium. Deutsch. Med. Wochenschr. 1891.

Baillie. The Morbid human anatomy of some of the most important parts of the human body. *London* 1793.

Balmano Squire. Du traitement du lupus de la peau par l'érosion et l'acupuncture. British med. Journ. 21 août 1875.

— On lupus and its treatment by a new method. Med. Times and Gazette. Août 1876.

— On lupus vulgaris. London Churchill 1887.

— On lupus erythematosus. London Churchill 1887.

— On lupus vulgaris or the Wolf. London Churchill 1888.

Balmer. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1882. 46.

Baratoux. Du cancer du larynx. Progrès Méd. 1888. N° 28. Sem. Médicale 1884. N° 22.

Barbier. Des portes d'entrée de la tuberculose. Gaz. Méd. de Paris, 1888.

Bardeleben. Lehrbuch der Chirurgie.

Bardenheuer. 20 Falle von lupus faciei, 6 Falle von tuberculose der Haut. Deutsche Med. Wochenschrift. 1891.

Barduzzi. L'Etiologia del Lupus vulgaris. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. Novembre et décembre 1885.

— La Linfa di Koch nelle tubercolose cutanee 1891.

Barette. Sur le traitement des manifestations externes de la scrofule. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose 1888.

Barié. Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôpitaux 1885.

Barling. Du lupus vulgaire et de ses rapports avec la tuberculose. The Practitionner, juin 1889.

Barreras. Concepto clinico de la tuberculosis quirurgica. Bol. de med. y cirurg. *Madrid* 1886. IV.

Barrier. Malad. de l'enfance. T. I. p, I. *Paris* 1842.

Barth. De la tuberculose du pharynx. Thèse de Paris 1880.

Barthélemy (T.). et Colson. Traduction de Duhring, 1883 p. 574.

Barthélemy (T.). Du tubercule anatomique ou professionnel des doigts et de sa cure rapide et certaine par les pointes de feu fines et serrées. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose 1888.

Barthez. Voir Rilliet et Barthez.

Basin. Anatomie pathologique et traitement du lupus. Thèse de Paris 1881.

Bateman. Voir Willan et Bateman.

Baudelocque. Mémoires sur le traitement de la maladie scrofuleuse. p. 6.

— Etude sur les causes, la nature, le traitement des maladies scrofuleuses. p. 201.

Baumès. Traité de la phthisie pulmonaire. Tom. II. p. 76. *Paris* 1798.

— Précis théorique et pratique sur les diathèses. *Paris* 1853.

Baumgarten. Ueber die Wege der Tuberkulosen infection, Zeitschrift f. Klin. Med. Bd. VI, Heft I.

— Ulcer an den Mittelhandrücken. Archiv. fur Heilkunde Bd. XV. S. 484.

— Archives de Virchow. T. 83. P. 297.

— Uber latente tuberculose. Sammlung Klin. Vortr. N° 18.

— Uber d. Verhaltniss der Persulcht zur Tuberculose. — Berl. Klin. Wochensehr. 1880. N° 49.

— Ueber Lupus und tuberculose der Conjunctiva. Archiv. de Virchow. 1881.

— Uber Lupus und Tuberculose. Archiv. de Virchow. T. 82. Centralbl. f. Chirurg. 1881.

— Impftuberculose durch Einbringung von Blut eines tuberculosen Thieres in die vordere Kammer der Versuchsthieres. Centralbl. f. d. med. Wissenschrift. 1881.

— Ein Fall von tuberculose der Haut. Archiv. f. Heilkunde 1881.

— In Baumgarten's Jahresb. 1882.

— Centralbl. f. med. Wissenschr. 1882. N° 20.

Baumgarten. Uber die Unterscheidungs merkmale der Bacillen der Tuberculose und der Lepra. Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1884.

Baur. Du traitement du lupus. Thèse de Nancy 1891.

Bayha (H.). Ueber Lupus Carcinom. Beitrage zur Klinischen Chirurgie. Bd. III. d. 1. 21. 1888.

Bayle. Recherches sur la phthisie pulmonaire. *Paris* 1810. p. 614.

Bazin. Leçons sur la scrofule. P. 228. 1861. 2e édition.

— Affections génériques de la peau. 1865.

— Art. Lupus. Dictionnaire encyclopédique de Dechambre.

De Beauvais. Communication écrite sur le Lupus.

Beckh. Zur Behandlung des Lupus mit Perubalsam. Intern Klin. Rundschau. 1890.

— Lupus des extrémités inférieures datant de longues années guéri par le thermo-cautère et le baume du Pérou. Munchener med, Wochenschr. 25 Mars 1890.

Béclard. Additions à l'anatomie générale de Bichat. Paris 1831.

Beermann. Uber primare tuberculose der Naseuschleimhaute. Inaug, Dissert. *Wurzburg* 1890.

Bejohr (Curt). Ueber die Behandlung der tuberkulösen Halsdrüsen. *Wurbzurg* 1885.

Behrend. Mehrere seltenere falle von Lupus. Sitzungsber. der Berlin dermatologisch. Vereinigung. 4 Mars 1890.

— Développement d'un lupus chez un phthisique par inoculation. Soc. de Med. Berlinoise. 21 janvier 1891. Semaine Médicale. 28 janv. 1891.

Bender (M). Uber die Beziehungen des Lupus vulgaris zur tuberculose, Deutsch. Med. Wochenschr. N° 23.

— Uber Lupus der Schleimhaute. Viertelj. f. Dermatologie und Syphilis 1888.

Benson. Der Lupus vor der Irlandischen medic. Académie. Lancet 1865.

Bergen. Dissertatio de scrophula. 1700.

Berger (Ed). De lupo. Dissertatio inauguralis Gryphiæ. 1849.

Bergeron. Du traitement et de la prophylaxie de la scrofule par les bains de mer. Annales d'hygiène publique et de médecine pratique. 1888.

von Bergmann. Die Behandlung des Lupus mit dem Koch'schen Mittel. Volkmann's Sammlung Klin. Wochenschrift. Neue Folge. N° 22.

Berliner. Voir Unna et Berliner.

Berlioz. Manuel pratique des maladies de la peau. 1884.

Bernard (J). Etude sur les résultats opératoires chez les scrofuleux. Thèse de Paris 1875

Bernheim (S). L'Hérédité de la tuberculose. Clin. française, décembre 1891.

Bernutz. Art. Esthiomène du Dict. de Jaccoud.

Bertheau. Deutsch. Archiv. F. Klin. Med. Bd 26. 1881

Besnier (E.) Le Lupus et son traitement. Annales de Dermatologie p. 687. 1880.

— Des nouveaux procédés de traitement du lupus. Bull. général de thérapeutique p. 1. 1881.

— Lupus tuberculeux aigu nodulaire disséminé. Réunions cliniques des médecins de l'hôpital Saint-Louis. Annales de Dermatol. Décembre 1888.

Tuberculose verruqueuse de la peau. 31 janvier 1889.

— Lupus pernio de la face. Synovites fongueuses (scrofulo-tuberculeuses) symétriques des extrémités supérieures. Réun. clin. hebd. des médecins de l'hôpital Saint-Louis, 14 février 1889. Annales de Dermatologie 1889.

— Lupus vaccinal. Réunion clin. hebdomad. des méd. de l'hôpital Saint-Louis. 4 avril 1889. Annales de Dermatologie 1889.

— Article Gommes. Dict. encyclopédique des sciences médicales.

— Note sur la méthode de Koch applicable au traitement des tuberculoses tégumentaires en général et des lupus en particulier. Bulletins de la Soc. franç. de Dermat. 1891. Semaine Médicale. 1891.

Besnier et Doyon. — Traduction de Kaposi, dernière édition.

Bidault. Du lupus compliqué d'épithéliome. Thèse de Lille 1886.

Biett. Traité des maladies de la peau.

— Abrégé pratique des maladies de la peau. Rédigé par Cazenave et Schédel. 3e édition 1838.

— Journal Hebdomadaire. T. IV, p. 76.

Billroth. Allgemeine Chirurgie 1869.

Birsch-Hirschfeld. Lehrbuch der pathol. Anatomie.

Bitter (Heinr.). Uber Syphilis und Smegmabacillen nebst Bemerkungen uber die farberische Eigentüm lichkeiten der Smegma und Tuberkelbacillen. Virchow's Archiv. Bd 106.

Bizzozero. Centralb. f. med. Wissenschr. 1873. Uber Tuberculose der Haut.

Blaschko. Ein Fall von Einem auf Luposen Boden entscandenen Epitheliom. Berl. Klin. Wochénschr. 1890.

— Das tuberkulin in Dermatologie. Berl. Klin Wochenschrift 1891.

Blasius. Klin. chirurg. Bemerkungen. Halle 1832, p. 96.

Block. Klinische Beitrage zur Œtiologie und Pathogenesis des Lupus vulgaris. Viertelj. f. Dermat und Syphil. 1886.

Blum et Duval. Archiv. génér. de Médecine. 1884 p. 145.

Blum. Scrofulide du pied. Archiv. génér. de Méd. novembre 1887.

Bœck. Diagnose und Behandlung des Lupus vulgaris. Tidskr. f. pract. Med. 1881.

— Viertelj. f. Dermat und Syphil 1882. p. 572.

Bœckel. Congrès français de Chirurgie. 1885.

Bollinger. Uber Impf. und Fütterungs Tuberculose. Archiv. f. exper. Pathol. und Pharmacie 1873.

— Zur Œtiologie der tuberculose. Munchener med. Wissensch. 1883.

Bonetus. Sepulchr. Anat. gener. p. 152. 1679.

Bonneau (A). Historique du traitement du Lupus. Thèse de Paris 1883.

Bordeu. Dissertation sur les écrouelles.

— Dissertation sur les tumeurs scrofuleuses. *Paris*, 1757.

Bories. Nouveau traitement de la scrofule. *Nimes* 1889.

Bouchard. Tuberculose et phthisie pulmonaire 1868.

— Maladies par ralentissement de la nutrition.

— Thérapeutique des maladies infectieuses.

Boucher (Ab.) Des signes qui permettent de soupçonner la tuberculose chez les enfants. Thèse de Paris 1890.

Bouet (Th.) Oper. Chirurg. T. II, lib. VI. De affectibus externis, sect. IV, p. 305.

Bouilly. Revue de Chirurgie. 10 Novembre 1883.

— Résultats primitifs et éloignés du traitement des abcès froids. Revue de Chirurgie. 1885. p. 405.

— Même sujet. Congrès français de Chirurgie. *Paris* 1885. 1886.

Bourcart. Des bains de mer en hiver dans le traitement de la scrofule. Thèse de Paris 1890.

Bourdelais. Sur quelques observations de scrofule chez le vieillard. Thèse de Paris 1876.

Bousquet. Voir Poulet et Bousquet.

Boutard (A). Tuberculose nasale. Thèse de Paris 1889.

Bouvier. De l'influence du traumatisme et des irritations extérieures dans le développement des productions tuberculeuses. Thèse de Paris 1877.

Bowen. Two forms of skin tuberculoses. Boston Med. Journal. T. II, p. 151. 1888.

— Cases of cutaneous tuberculosis with histological studies. Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases. 1890.

Boyer. Des diathèses en chirurgie. Thèse de concours. 1847.

— Traité des maladies chirurgicales. 3e édition.

Braquehaye. Tubercules anatomiques chez un garçon boucher. Annales de la policlinique de Bordeaux. P. 57. 1889.

Breda. Lupus des Larynx. Viertelj. f. Dermat. und Syphil. 1882, p. 571.

— Anatomia del Lupus delle mucose. Padova 1888.

Bresgen. Tuberculose oder Lupus der Nasenschleimhaute. Deutsch. med. Wochenschr. 1887. N° 30.

Brieger (O). Uber tuberculosis verrucosa cutis. Virchow's Archiv. Bd. 119.

— Uber die Einwirkung des Koch'schen Verfahrens auf Schleimhaut Lupus. 1891.

Brieger und Neisser. Idem. Deutsch. Med. wochenschr. 1891.

Brillouet. Rec. périodique de la Société de Médecine de Paris.

Brissaud. Art. Lupus du Dict. de Jaccoud.

— Etude sur les tuberculoses locales. Archiv. de médecine 1880.

— Art. Scrofule. Dict. pratique des Sciences médicales. Vol. 32. 1882.

— Tuberculose cutanée. Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. Juin 1887

— Etude sur les tuberculoses locales. Arch. génér. de Médecine 1887.

Brissaud et Josias. Gommes scrofuleuses. Revue Mensuelle de médecine et de chirurgie 1879.

Brissaud et Gilbert. Tuberculose papillomato-crustacée. Soc. Méd. des Hôpitaux. 24 juin 1887.

— Soc. Méd. des Hôpitaux. 25 janvier 1889.

Broca (A). Gazette Hebdomadaire. 1889.

Brodowski. Archiv. de Virchow. 1875.

Brooke. Traitement du lupus. Middland med. Journ. 1886.

— A preliminary treatment of lupus vulgaris. — British Journ. of Derm. 1890.

Brocq. Les Rapports du lupus et de la tuberculose. Journal de médecine de Paris. Octobre 1883, p. 446.

— Traitement du lupus érythémateux. Ibid. 1886.

— Traitement des maladies de la peau. 1890.

Bronson. Lupus vulgaire de la joue et du nez. Journ. of. cut. diseases. Avril 1890.

Brouardel. De la tuberculose des organes génitaux de la femme. Thèse inaugurale. *Paris* 1865.

Broussais. Doctrines médicales. T. IV. 1834.

Browne (Lennox). Remarques sur un cas de lupus de la gorge. Med. Presse and Circular. 18 avril 1889.

Brugger. (O). Tuberculosis verrucosa cutis. Memorie Acad. Med. di Genova, p. 75. 1888.

Brun. Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques. Thèse d'agrégation. *Paris* 1886.

Bruna. Guérison d'un lupus vulgaire par la galvanocaustie. Berlin. Klin. Wochenschr. 26 juillet 1886.

Bruneau. Des ulcérations tuberculeuses de la bouche. Thèse de Paris 1887.

Bruns. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1870.

— Archiv. f. Klin. Chir. 1887. Bd. XXXVI. p. 189.

Bryk. Wien. Med. Wochenschr. 1854.

Bucquoy. Angine scrofuleuse. Soc. Méd. des Hôpitaux 1872.

Bull. Lupus pharyngis. Klinik. Aarbog. *Christiania* 1886.

Burlureaux. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose. 1891.

Busch. Klin. Archiv. f. chirurgie. Bd. 15.

— Uber die Epitheliomartige form des lupus der Extremitaten. Langenbeck's Archiv. Tom. 15.

Butlin. Diseases of the tongue. *Londres*, 1885.

Buzenet. Du chancre de la bouche. Son diagnostic différentiel. Thèse de Paris 1858.

Calmeau (J). De l'étiologie de la scrofule. Thèse de Paris 1860.

Campana. Tuberculose de la peau et des muqueuses
— des organes génitaux externes. Congrès de Pavie 1887.

— Tuberculosi cutanea verrucosa e simplice. Memorie Acad. med. di Genova, p 75, 1888.

Campbell. The relationship of lupus to tuberculose. Lancet 1887. P. 108.

— On scrophuloderma. Archiv. f. Dermat. 178. p. 51.

Capitan. Tuberculose cutanée primitive par inoculation directe. Médecine moderne. 2 oct. 1890.

Cappelle (J.-H.). Essai sur la nature et la curation des affections scrofuleuses. 1802.

Carlswell. Illustr. Fasc. I planche 3. F. 1.

Cartaz. De la tuberculose nasale. France médicale. 10 juillet 1887. N° 84. p. 1007.

Caryophyllis. Tuberculose à début pulmonaire et à forme apoplectique. Propagation au pharynx, aux amygdales, au larynx, aux ganglions carotidiens et sus-claviculaires. Tuberculose intestinale. Bull. de la Soc. Anat. 1889.

Casabianca. Des affections de la cloison. Thèse de Paris 1876.

Casati. Scrofolosi e tubercolosi e l'estirpazione delle glandole linfatiche tubercolari. *Roma* 1886. f° L. 250.

Castaldi. Utilité des frictions avec les solutions de sublimé dans le lupus de la peau. Riforma med. 1887.

Castan. Traité élémentaire des diathèses. *Montpellier* 1867. P. 89.

Cazenave. Leçons sur les maladies de la peau. 1841-1843.

— Les Gourmes. 1843.

Cazin. Obs. de lupus des muqueuses guéris par un érysipèle. Annales des mal. de l'oreille et du larynx. T. 6. 1880. P. 36.

— Thèse de Sabatier 1882.

— De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants. 1885.

— Traitement des abcès froids idiopathiques par l'ablation après solidification. Revue de Chirurgie. *Paris* 1885, V. 404.

Celse. Medic. libri octo. Londini 1837. Lib. V. Cap. XXV, III, 7 p. 191.

— De theriomate.

Cerasi. Tayuya contro la scrofula u la sifilide. *Roma* 1877.

Chaboux. De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis. Thèse de Paris 1875.

Chandelux. Anat. patholog. du Lupus. Soc. Méd. de Lyon. Juillet 1880.

Chandelux et Rebatel. Note sur un cas de lupus de la face. Annales de Dermatologie 1881.

Charmetton. 3e vol. des Prix de l'Académie de Médecine.

Chassaignette. Angine tuberculeuse. Thèse de Paris 1880.

Chausit. Traité élémentaire des maladies de la peau, d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de Cazenave. *Paris* 1853.

Chauveau. Gaz. hebd. p. 215, 1872.

— *In* Thèse de Damaschino : De l'étiologie de la tuberculose. *Paris* 1872.

— Lyon médical 1870. N° 5.

— Revue Scientifique 1873.

— Bull. de l'Acad. de Méd. 3 juin 1873.

— Revue Scientifique 1874.

— Discussion sur le tubercule anatomique. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose. 1888.

— Journal de Méd. vétérinaire. Mars 1889.

Chauvel. Gaz. Hebd .de Méd. et de Chir. 1884.

Chevalet. Epithélioma de la face succédant à un lupus. Archiv. génér. de Médecine. Janv. 1886. P. 92.

Chiari. Tuberculose der Haut. Wien. med. Jahresbericht 1877. P. 329.

Chiari. Ulcérations tuberculeuses de la peau dans un cas de tuberculose chronique des poumons et des intestins. Wien. Med. Jahresb. Heft III. 1877.

Chiari. Uber den Befund ausgedehnter tuberculoser ulcération in der vulva und vagina. Viertelj. f. Derm. und Syphil. p. 346, 1886.

Chiari et Jarisch. Ein Fall von tuberculose der Haut. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1879. P. 265.

Chiari et Riehl. Lupus vulgaris laryngis. Viertelj. f. Derm. uhd Syphil.

Chipier. De la cachexie des prisons. Thèse de Paris 1879.

Christescu. Contribution à l'étude thérapeutique du Lupus de la face. Thèse de Paris 1887.

Chrétien. Sur les préparations d'or et les différentes manières de les administrer. *Paris* 1828.

Churchill. Maladies des femmes. P. 92. 1866.

Ciarocchi. Guérison du lupus par le streptocoque de l'érysipèle, Boll. d. Soc. Laancisiana. *Roma* 1888.

Clado. Voir Verneuil et Clado.

Fairlie Clarke. Trans. of the pathol. Society of London. T. 27.

Clavelin. Tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte. Thèse de Paris.

Clutton. Lupus ancien du nez avec ulcérations récentes, tuberculeuses des lèvres, du palais, du pharynx et du larynx. Clin. Soc. Transaction. XX 1886.

Coculet (A). Contribution à l'étude du lupus éléphantiasique. Thèse de Paris 1886.

Cohn F. Beitrage zur Biologie der Pflanzen. Bd II Heft 3.

Cohnheim. Die tuberculose v. Standpunkte d. Infections Lehre. *Leipzig* 1882.

— La tuberculose au point de vue de la doctrine de l'infection. Trad. Musgrave Clay Progrès Médical 1882.

— Vorl. uber allg. Pathol. I Aufl. Bd. III. S. 704. 720.

Cohnheim und Frankel. Virch. Arch. Bd XXXV. S. 260.

Cohnheim und Salomonsen. Sitzungsb. d. Sehles. Gesellsch. Breslau. 13 Juli 1877.

Coingt. Des ulcérations tuberculeuses de la bouche à propos d'un cas d'ulcération tuberculeuse des lèvres. France médicale 1877.

Colas (E). Nature des adénites externes dites scrofuleuses. Thèse de Lille. 1881.

Colin. Bull. Acad. de Méd. 1879.

— C. R. Acad. des Sciences. 1885.

— Bull. Acad. de Médecine. 15 Août 1887.

Collier. (Herbert). Lupus vulgaris. Its treatment by the local applications of sulphurous acid. Med. Times 1884. 26. 4.

Colomiatti. Sulla natura e struttura del Lupo vulgare Annal. univers. de med. *Torino* 1875.

— Il nodulo de vero lupo. *Torino* 1880.

Colson. Voir Barthélemy et Colson.

Comby. Etiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance. Archiv. générales de Med. Oct. 1885.

— Tubercules cutanés multiples avec gomme scrofulo-tuberculeuse chez un garçon de 6 ans 1/2 Annales de Dermatologie,p. 456. 1889. Réun. clini. Hebd. des médecins de l'hôpital Saint-Louis 21 mars 1889.

— Ulcérations multiples végétantes de nature pro bablement tuberculeuse.Réun.clin.hebd.des médecins de l'hôpital Saint-Louis. 20 décembre 1889. Annales de Dermatol. 1889.

Condamin. Scrofulides végétantes du bras et de la main. Lyon médical. 13 novembre 1887.

Cooper (S.). Dictionnary of practical surgery. Art. Noli me tangere. In 8°. *London* 1829.

Copland. Copland's Dictionnary of practical Medecine. Vol. III. p. 730. *London* 1858.

Corley. Der Lupus vor der Irlandischen medic. Académie. Lancet 1865.

Cornil. Société Médicale des hôpitaux 1872-74.

— Bulletin de la Société anatomique. 1874.

— Journal de l'anatomie.1878.

— Le Microbe de la tuberculose. Journ. des connaissances médicales. 1882.

— Sur la tuberculose des muqueuses, considérées comme porte d'entrée du virus tuberculeux. Congrès intern. pour l'étude de la tuberculose. 1888.

— Voir Leloir.

Cornil et Babès. Note sur le bacille de la tuberculose. 1883.

— Topographie du bacille de la tuberculose. 1884.

— Les Bactéries 1890.

Cornil et Mégnin. Tuberculose et Diphthérie des gallinacés. Journal de l'Anatomie de Robin.

Coudray. Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. Thèse de Paris. 1884.

Coulson. Lancet. Novembre 1882.

Coyne. Tuberculose de la peau. Archives de Physiologie 1871-72.

— Note sur un fait d'érysipèle tuberculo-caséeux observé dans un cas de phthisie pulmonaire. Archiv. de Physiologie, 1871-72 p. 100.

Cozzolino. Archives italiennes de Laryngologie. 1886.

Cramer. Sitzungsb. d. phys. med. Soc. Erlangen 1882.

Craigie. Eléments of general and path. anatomy. *Edinburg* 1848.

Creighton. Des rapports entre la tuberculisation locale et la tuberculose générale. Lancet. 20 Mars 1880.

Critchett. Merkel's laryngis. Bericht in Schmidt's Jahrbucher. p. 229. 1883.

Radcliffe Crocker. Diseases of. the skin. 1888.

— The treatment of lupus by Dr Kochs méthod. Lancet, 22 novembre 1890.

Cronier (L). Inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. Thèse de *Paris* 1889.

Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique. T. IV *Paris* 1882.

Cullen. Eléments med. pratique. T. 2 p. 176, 602, 607.

Curt Jani. Sur la présence de bacilles tuberculeux dans l'appareil génital sain des tuberculeux pulmonaires, Arch. de Virchow, Bd C III, p. 522, 1886.

Curtis (Th). Observation d'esthiomène de la région vulvo-anale. Annales de Dermatologie. Tom. II.

Cushing. Voir Wigglesworth et Cushing.

Czermak. Académie des sciences de Vienne 1854.

Czerny. Uber die Entsehung der Tuberculose nach Transplantationen. Centralblatt f. Chirurg. 1886.

Damaschino. Tuberculose et scrofule. Soc. Med. des Hôpitaux. 1880-81.

Damsch. Archiv. f. Klin. Med. Bd. XXXI Heft 1 et 2.

Daniel (J. W). Ulcération tuberculeuse consécutive à une injection de morphine. Journ. of cut. and. vener. diseases 1883.

Danjoy. Phthisie et scrofule. Thèse de Paris 1862.

Daremberg. Société de Biologie. 15 octobre 1887. P. 567.

— Adénopathie cervicale symptomatique d'amygdalite tuberculeuse. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose 1888.

Darier. Lupus exedens du nez. Tuberculose viscérale. Bull. Soc. Anatom. Février 1890.

Daurios. Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme. Thèse de Paris 1889.

Dauvergne. Considérations anatomo-pathologiques et nosologiques sur l'esthiomène pour en désigner la nature et en indiquer le traitement. Annales de Dermatologie 1874. 75.

Dauzat. Le Lupus et son traitement par les eaux de la Bourboule. 1889.

Debove. Tuberculose cutanée. Gazette des Hôpitaux 1890.

Defay. Tuberculosa vaginy. Revue de Médecine Tchèque Hlava. 1889.

Deleboë (Sylvius). Francisci Deleboe Sylvii opera medica. Amstelodami apud D. Elsevirium et A. Wolfgang. 1679.

DELEBOË Tractatus de phthisi 1679.

DELIGNY. De l'adénopathie cervicale des scrofuleux. Thèse de Paris 1876.

DELPECH. Maladies réputées chirurgicales. T. III.

— Chirurgie clinique. Montpellier 1828, T. 1. P. 374.

— Gazette des Hôpitaux. 1832, p. 458.

DEMARS. De la généralisation tuberculeuse après l'ablation d'un tubercule initial. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose publiées sous la direction de Verneuil. T. 1. P. 238.

DEMME. Bacillare tuberculose infection eines chronischen Ezems der Bauchdecke. XXXIIIe medicin Bericht uber die Thätigkeit der ennerschen Kinderspitals in Bern.

— Zur diagnostichen Bedeutung der Tuberkelbacillen fur das Kindersalter. Berlin Klin. Wochenschr. 1883.

— Bericht des Berner Kinderspitals. 1884.

— Lupus und tuberculose. Wurzburger Med. Blatter 1887.

— Lupus und tuberculose. Viertelj. f. Derm. und Syphilis 1887. Heft. 2.

— Tuberculose. (*a*). Infection einer ulceration (*b*). Multiple tuberculose der Mund Gaumen und Rachenschleimhaut. Klin. Mittheiluogen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. *Berne* 1889.

DENCKE. Ein fall von tuberculoser inoculation. Deutsch. Med. Wochenschr. 1890. N° 13.

DEPAGE. Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. Thèse d'agrégation de Bruxelles 1890.

DERVILLE (L.). De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme. Thèse de Paris 1889.

— Des ulcérations tuberculeuses de l'anus. Journal des Sciences Médicales de Lille. 1890.

DESCHAMPS. Ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin. (Tuberculose, Cancroïde, Esthiomène). Archives de Tocologie 1883.

DE SMET. (ED.). Classification des dermatoses. Thèse d'agrégation. *Bruxelles* 1870.

DESNOS. Société Médicale des Hôpitaux. 1871.

— Note critique sur l'angine scrofuleuse. Soc. Méd. des Hôpitaux 1872.

DESPRÈS. Pratique journalière de la chirurgie.

DESRUELLES. Mém. de l'Académie de Médecine. Mars 1884. P. 31.

DEUTSCHMANN. Centralbl. f. d. med. Wissenschrift. 1881.

— Evolution extraordinaire d'une tuberculose inoculée dans l'œil du lapin. Zeitschr. f. vergl. Augenheilk. vol. 1, 1887.

DEUTSCHMANN Uber Miliartuberculose des Gehirns und seine Haut und ihren Zuzammenhang mit Augen affectionen. Grafe's Archiv. f. Ophthalm. Bd. XXVII.

DIEULAFOY. Pathol. interne. Tom. I, p. 151.

DIEULAFOY ET KRISHABER. Bull. Acad. Med. 23 août 1881 et 3 juillet 1882.

DIONIS. Cours des opérations de chirurgie. p. 641.

DOLŒUS (JOHN). Encyclopedia chirurgiæ rationalis, in Opera omnia. *Francfort* 1703.

DOUTRELEPONT. Tuberkelbacillen in Lupus. Monatshefte f. prakt. Dermatol. Juin 1883.

— Zur Œtiologie des Lupus vulgaris. Internat. Med. Congress in Copenhagen. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1884.

— Therapie des Lupus. Monatsh. f. Praktische Derm. 1884. N° 1. Analysé par Besnier *in* Annales de Dermatologie 1884.

— Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft. f. Chirurgie Berlin 1885.

— Fall von Meningitis tuberculosa nach Lupus. Tuberkelbacillen im Blut. Deutsch. med. Wochenschr. 1885. N° 7.

— Meningitis tuberculosa nach Lupus. Deuts. Med. Wochensch. 1886.

— Lupus und Haut tuberculose. Deutsch. Med. Wochenschr. 1887.

— Lupus de la face, du membre supérieur droit et du larynx. Berlin. Klin. Wochenschr. 1888.

— Archiv. f. Derm. und Syphil. 1890.

— Verhandlungen des XIV Congress Chirurgischen. 1890.

— Weitere Mittheilungen uber die mit dem Kochschen Heillmittel Gewonnenen Erfahrungen. Deutsche Med. Wochensch. 1891.

DOYEN. Sur le traitement du lupus et des épithéliomas par l'acide lactique. Journ. des Connais. Médicales. 1886.

DRACKE. Einiges uber Lupus der Schleimhaute. Inaug. Dissertatio. *Marburg* 1870.

DREYFUS-BRISSAC. Des tuberculoses locales. Gaz. Hebd. de Med. 21 octobre 1880.

DRON (ACHILLE). Application du raclage à quelques maladies cutanées. Lyon Médical 1876. T. XXII. p. 439.

DUBAR. Des tuberculoses de la mamelle. Thése d'agrégation. *Paris* 1881.

DUBINI (ANGELO). Rapporto annuale dei malattie cutanee curati nello speciale comparto ospedale Maggiore di Milano, dal dott. Angelo Dubini nell'anno 1865. In Fasc II del Giorn. delle malattie veneree e della pelle in Milano 1867.

Dubois (S. P.) Nouveau traité des scrofules. 1720.

Dubois-Havenith. Relation de 4 cas d'épithélioma nés sur une cicatrice de lupus. Journ. de Méd. de Bruxelles. T.LXXVII.

— Du lupus vulgaire. Thèse d'agrégation passée à Bruxelles. 12 Décembre 1890.

Dubreuilh et Auché. De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe. Archiv. de Médecine Expérimentale. N° 5 1er Septembre 1890.

Ducrot. Tuberculose de la bouche et en particulier de sa forme curable. Thèse de Paris 1880.

Duffin. 1 obs. de traitement du lupus par l'acide salicylique employé d'abord en lotions, puis en poudre. Med. Times and Gazette. Vol. 1, p. 399. 1879.

Duguet. Leçons sur la tuberculose linguale. Ann. Med. Chirurg. franç. et étrang. *Paris* 1875. I. 185-195.

Duhamel. Considérations pratiques sur les maladies scrofuleuses et leur traitement par les préparations d'or. Paris 1839.

Von During. Ein Fall von Impftuberculose. Ein fall von Lupus miliaris oder sogenannten akné lupus. Monatshefte fur Prakt. Dermatologie 1888.

— Ein Fall von Lupus miliaris. Monatsh. f praktische Dermatologie 1888.

Du hring. Diseases of the skin. 3e Ed. p. 489. 1882.

— Du petit scrofuloderme tuberculeux. Amer. journal of med. sciences. Janvier 1882.

— Traité des maladies de la peau, Traduction Barthélemy. *Paris* 1888.

Dumontpallier. Société Médic. des Hôpitaux. 1872.

Dumoulin. De quelques lésions tardives de la scrofule chez les vieillards. Thèse de Paris 1854.

Duncan Bulkley. Journ. of. cut. and venereal diseases. Octobre 1888.

Duncan Matthews. Lupus hypertrophique des grandes lèvres chez la femme. Obst. soc. of London. British Journ. of Dermatol. Octobre 1885.

Duplay. Lupus des fosses nasales. Gaz. des Hôpitaux. N° 123. 21 Octobre 1880.

— Ulcération tuberculeuse du rectum et de l'anus. Archiv. génér de Médecine. Juillet 1882, p. 42. T. II.

Dupuis. Sur un cas de tumeur suppurée des lymphatiques des membres supérieurs. Annales de Dermatologie 1870.

Duret. Note sur la caséo-tuberculose des ganglions lymphatiques et de leur traitement. Congrès international pour l'étude de la tuberculose. 1888.

Duval (V). Traité pratique et théorique des maladies scrofuleuses. *Paris* 1852.

Ehrlich. Ulcère tuberculeux des lèvres d'origine traumatique. Berlin. Klin. Wochenschr. N° 41.

Ehrlich Dents. Med. Wochenschr. 1882. N° 19.

Eichhoff. Uber das Hydroxylamin, als neues, wichtiges dermatotherapeutischen Heilmittel, Monatsh. f. praktische Dermat. 1889.

— Uber meine Erfahrungen mit der Tuberculin thérapie bei lupus und einigen anderen Dermatosen. Thérapeutische Monatsh. Septembre 1891.

Eiselsberg. Transplantation d'après la méthode de Thiersch dans le lupus vulgaire. Wien. Klin. Wochens. 1890.

— Beitrage zur Impftuberculose des Menschen. Wien Med. Wochenschr. 1887. N° 53.

Elliot. Lupus vulgaris nasi. The New-York dermatological Society. 1888.

— Tuberculosis verrucosa cutis. Journ. of. Amer. méd. Assoc. 1889.

Eklund. Gaz. Hebd. 1881 p. 183.

Eloy. Note sur le traitement germicide du lupus par les mercuriaux. Union Médicale 1885.

Elsenberg. Inoculation der Tuberculose bei einem Kinde. Berlin Klinisch. Wochensch. 1886. Analyse in Revue des Maladies de l'enfance 1886. P. 471.

— Syphilis und tuberculose. Berlin. Klinisch. Wochens. 1890.

— Die Behandlung des Lupus mittelst der Koch'schen Methode. Wiener Medizin. Presse 1892.

Emery. Mémoire sur le traitement du lupus. Revue Méd. Chirurg. *Paris* 1848.

Engelsted. Klin Vejledn til. Diagnose og. Beh of Huden. Lijgd. Copenhague 1879.

Eppinger. Patholog. Anatomie des Larynx und der Trachea 1880.

— Prag. med. Wochenschr. 1881. 51-52.

Eppinger et Klebs. Handbuch der pathologischen Anatomie. 2 Bd. 1 S. 162.

Ericksen. Gaz. Med. de Londres. Novembre 1845.

Esmarch. In traité de Pitha-Billroth. 1871.

— Aphorismen uber Krebs, In Langenbeck's Archiv. f. Klin. Chir. Bd. XXII.

— Die behandlung des Lupus mit Koch'schen Lymphe. Deutsch. Med. Wochenschr.

d'Espine. Revue Méd. de la Suisse romande. 1882. Vol. 12.

d'Espine et Picot. Manuel pratique des maladies de l'enfance. Art. Scrofule et Tuberculose. 2e édition 1889.

Eselberg. Gazeta Lekarska. 1886.

Essig. Archiv. f. Heilkunde. T. 15.

— Pathologische Untersuchungen uber Lupus. Archiv. f. Heilkunde 1874.

Eve. Semaine Médicale 9 Novembre 1887. P. 457.

— Communication of tuberculosis by ritual circumcision. Lancet 1888. P. 170. T. I.

— Impressions of the résults of Dr Koch's treatment of tuberculosis. Lancet. 29 Nov. 1890.

Faber. Uber Lupus vulgaris. Inaug. Dissertatio. *Wurzburg* 1889.

Faure. Prix de l'Acad. de Chir. p. 31, 36, vol. 3.

Fauverteix. Formes bénignes de l'angine scrofuleuse. Thèse de Paris 1878.

Fehleisen. Zeitsch. f. Chirurgie. Bd. XIV, Helft, 5, 6, S' 583.

Fenwick. Scrofulous or tuberculous glands of the neck. Canada Lancet. Toronto, 1886-87, XIX, 193-196.

Féréol. Sur quelques ulcères spéciaux développés au niveau des orifices naturels chez les tuberculeux. Soc. Médicale des Hôpitaux. 1874.

Fernet. Traitement des ulcérations tuberculeuses par le naphtol camphré. Soc. de thérap. 27 février 1889.

Ferron. Abcès froids traités par la méthode sanglante. Gaz. Hebd. des scien. méd. *Bordeaux*, 1887, VIII, 18, 75.

Feulard. Tuberculose infantile à manifestations multiples. Réun. cliniq. hebdomadaire des médec. de l'Hôpit. St-Louis. 7 mars 1889. Annales de Dermatologie 1889.

— Lupus tuberculeux de l'avant-bras durant depuis 68 ans, sans trouble grave de la santé. Réunion clinique hebdomad. des médecins de St-Louis. 29 Mai 1889. Annales de Dermatologie 1889.

— Lupus érythémateux ou tuberculose de la lèvre inférieure. Réunion clinique hebdomadaire des médecins de St-Louis. 13 Juin 1889. Annal. de Derm. 1889.

— Nouveau traitement de la tuberculose par les injections de sérum de chien. Annales de Dermatologie 1890.

Finger. Beitrag zur Keintniss Miliartuberkulose der Mundschleimhaut und aufseren Haut. Allgem. Wien. Med. Zeitung 1883.

— Zur Kentniss des Miliartuberkels. Wien. Méd. Jaehresb. 1883.

— Uber tuberculose Geschwüre an der Schleimhaut der Mundhohle. Ges. d. Artze in Wien. Wien. Med. Woch. 2 S. 42. 1883.

— Lupus und tuberculose. Centrabl. fur. Bakter. P. 348, 380. 408. 1887.

— Ueber die sogenannte Leichenwartze (Tuberculosis verrucosa cutis und ihre Sitzung zum Lupus und der tuberculose. Deutsch. Med. Wochenschr. 1888.

Firket (Ch). Etude sur les conditions anatomiques de l'hérédité de la tuberculose. Revue de Médecine. Janv. 1887.

Fiquet. Essai sur lesthiomène de la région vulvoanale. Thèse de Doctorat. *Paris* 1876.

Fleming. The transmissibility of tuberculose. British and Foreign medico-chirurgical Review. Octob. 1874.

Fleur. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose. 2e fasc. 1887.

von Fodor. Deutsch. Med. Wochens. 1886. P. 617.

Forcheimer. De la scrofule. Med. News. 25 avril 1885.

Fordyce. Tuberculosis verrucosa cutis. Journ. of. Cut. and. Genito-urinary diseases. 1891.

Forgue. Traitement de l'adénite tuberculeuse. Gaz. des Hôp. *Paris* 1889.

Forster. Handbuch II, p. 300.

Fougère. Etude sur l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse. Thèse de Paris. 1871.

Fournier (Alfred). Syphilis héréditaire tardive. *Paris* 1886.

— Tuberculose cutanée géante à évolution serpigineuse. Réun. clin. hebd. des méd. de l'hôp. Saint-Louis 10 janv. 1889. Annales de Dermatologie 1889.

Fowler (R). Uber einen fall von Lupus des Gesichts mit unmittelbar auf folgender Haut transplantationen. Brooklyn Med. Journ. Febr. 1891.

Fox (Colcott). Des différentes méthodes de traitement du lupus. Journ. of. cut. and vener diseases. Mars 1885.

Fox (G. H). Traitement du Lupus. The Med. News. Mars 1883.

Fox (H). Lupus of the foot se. Brit. Méd. Journ. 24 octobre 1891.

Fox (Tilbury). Lancet 1878.

— Practitionner 1870.

Fox (Wilson). Pathological Society. London 1873.

Fraiche. Etude des traitements divers du lupus exedens. Thèse de Paris 1878.

Franck. Traité de pathol. interne. Trad. de Bayle. *Paris* 1877.

Frank's. The nature and surgical treatment of scrofulous cervical glands. Dublin J. M. 1886. T. 3.

— On the nature of scrofulous glands in the neck and the surgical treatment. Trans. Acad. Méd. Ireland. Dublin 1886. T. 4.

Frankel. Ein Fall von tuberculose der weibl. Harnblase und Harnrohe. Virch. Archiv. Bd. 91. S. 522.

— Voir Balmer et Fränkel.

— Uber die miliartuberculose der Pharynx. Berl. Klin. Wochenschr. 1876. No 46.

French. Case of strumous hypertrophie of the épiglottes and laryngeal stricture, causing stenosis of the larynx. *In* Ann. path. and surg. soc. of Brooklyn 1880.

FRIEDLANDER. Untersuchungen uber Lupus. Archiv. de Virchow. T. 60.

— Uber locale Infection. Volkmann's Sammlung Klinischer Vortrage. N° 64. Med. Centrabl. 1872.

— Uber locale tuberculose. Volkmann's Vortrage. N° 13. 1881.

FRŒBELIUS. Uber die Haufigkeit der Tuberk. und die Localisationen im Kindesalter (Jahrbuch. f. Kinderheilkunde T. XXIV, p. 47. 1886.

FINSWICK (G.). Scrofulous or tuberculous glands of the neck. Canada Med. and Surg. Journ. Montreal. 1886.

FULLER. Scrofuloderme phlegmoneux. Journ. of. cut diseases. Juin 1890.

FUCHS. Die Krankhaften veränderungen der Haut und ihrer Anhauge. *Göttingen* 1840.

GAMBERINI. Del lupus. Bolletino delle soc. Med. di Bologna, Série VII. Vol. I.

— Ist der Lupus eine Form der Tuberculose. *Bologna* 1885. Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. Mars-April 1885.

— La linfa di Koch. *Bologna* 1891.

GANGHOFNER. Prag. Med. Wochenschr. 1880. N° 37 et 39.

GARRE. Lupus des Kehlkopfgangs. Beitrage zur Klinischen Chirurgie Bd VI. Referate Centralblatt fur Allg. Pathologie 1886, 1890.

GARTNER ET LUTSGARTEN. Uber Electrolytish Flagenatzungen zur Behandlung des Lupus vulgaris. Wien Med. Wochensch. 1886.

GAUCHER. Sur la durée d'incubation de la tuberculose. Revue de Médecine 1887.

— Pronostic de quelques formes de tuberculose cutanée chez les enfants. Congrès internat. de Dermat, 1889, p. 514.

GAUTIER. Voir Lyot et Gautier.

GAY (J.). Traitement du lupus nasal par excision. The Lancet. 29 mai 1875.

GEBER (E.). Erfahrungen uber die Wirkung der Koch, schen Lymphe. Separatabdruck aus den Orivos Termes zettudomainyi. *Erlesito* 1891.

GEERAERT. Aggravation et généralisation de la tuberculose après opération. Traitement préopératoire, opératoire, post-opératoire. Congrès int. pour l'étude de la tuberculose. 1888.

GELADE. De la tuberculose bucco-pharyngée. Thèse de Paris 1876.

LE GENDRE. La scrofule est autre chose que la tuberculose. Union Médicale. 11 Novembre 1884.

GENDRIN. Hist. anat. des inflammations. *Paris et Montpellier* 1826. P. 588.

DE GENNARO. La solution éthérée d'iodoforme dans les ulcérations scrofuleuses. Rev. clinic. e therap. Août 1887

GERBER. Beitrage zur Casuistik der Imfptuberculose heim Menschen. Deutsche Med Wochenschr. 1889.

GERHARHDT. Wurtzb. med. Zeitschr. 1, 3, und. 4. — Schmidt's Jahrbucher 102, p. 250.

— Lupus Behandlung Durch Kalte. Deutsch Med. Wochenschr. 1885.

GIBERT. Traité spécial des maladies de la peau. 1840.

GIRODE. Contribution à l'étude de l'intestin tuberculeux. Thèse de Paris 1885.

GLOVER. On the pathology and treatment of scrofule, the fothergillian prize Essay for 1846. *London* 1846.

GOODHART. Lupus de la joue, du voile et de la voûte du palais, des amygdales. Lancet. 20 avril 1889.

GOUGENHEIM. Tuberculose miliaire subaignë du pharynx. Union Médicale 1882.

GOUGENHEIM ET TISSIER. Phthisie laryngée. *Paris* 1889.

GOUPIL. Voir Hallopeau et Goupil.

GOURSAUD. 3[e] Vol. Prix Académie de Médecine.

GOY (A. G). IV[e] Congrès des Médecins Russes. 21 janvier 1891.

GRADENIGO. Lupus dell' orecchio ed. interno. Gaz. degli ospitali 1888. N° 66.

GRAHAIN. La scrofule chez les Indiens Sioux. American Pract. and News 1890.

GRANCHER. Art. Scrofule du Dict. encyclop. des Sciences Médicales.

— De l'unité de la phthisie. 1872.

— Tuberculose pulmonaire. Archives de physiologie 1878. P. 33.

— Revue Mensuelle 1881. P. 519.

— Progrès Médical 1881. P. 387.

— Relations entre la scrofulose et la tuberculose. Congrès de Copenhague. Août 1884.

GRAVES. Clinical lectures. Dublin 1845. Trad. et Anal. de Jaccoud 1882.

GREFBERG (W). Lupus essentialis tuberculosus. Elsingfors 1883.

GRIFFINI. Tuberculose der Haut und der Wunden. Giorn. ital. Vol. IX, 1874. Viertelj, f. Derm 1875 S. 114.

GRISOLLES. Thèse de Concours. *Paris* 1851.

GRŒFE ET SŒMISH. Handbuch der Gesammten Augenheilkunde. T. IV.

GROSSMANN. Uber Lupus des Kehlkopfes des harten and weichen. Gaumens und des Pharynx. Med. Jahrbucher P. K. K. Gesells. d. Aertze in Wien 1887.

GUERARD. Quelques mots sur le Lupus. Ce qu il faut penser de cette dénomination. Ann. de Dermatol. 1875.

GUERIN (A). Maladies des organes génitaux de la femme. P. 510.

GUERSANT père. Dict. en 30 volumes.

Guibout. De la syphilis chez les scrofuleux. Gaz. des Hôpitaux. 1881.

— Etude comparative des manifestations cutanées de la scrofule et de la dartre. Union Méd. Paris 1881.

— Traité des maladies de la peau 1885.

Guiet. Etude pratique sur l'affection scrofuleuse chez les enfants. Revue Médicale. 1844.

Guire (Max). Lupus vulgaris und dessen Beziehung zur Tuberkulose. Journ. of. cut. and genito-urinary diseases Juli 1891.

Gusdorf. Strasbourg. 1526.

Guterbock. Uber Lupose Verkrummungen der Finger. Virchow Archiv. T. 53.

Guttmann. Jahrbucher f. praktisch. Aertze. 1879.

Guyenot (J). Scrofule et tuberculose. Vichy. 1889.

Haberlein. Falle von Lupus hypertrophicus und perforans. Arch. f. Gynékolog. Bd. 37. Heft. I.

Hafenreffer. De cutis affectibus. Lib. I. p. 15. Ulmœ 1660.

Hahn (E). Greffe cutanée dans 5 cas de lupus. Centralbl. f. Chirurgie 1883.

— Uber transplant. von carcinomat. Haut. Berl. Klin Wochenschr. Nr. 21. P. 413. 1888.

Hahn (F). Uber den Lupus der Extremitaten. Arch. f. Dermat und Syphil. 1890. p. 436.

— Uber tuberkulose der Nasenschleimhaute. Deutsch. Med. Wochenschr. 1890. N° 23.

Hajek. Die tuberkulose der Nasenschleimhaut. Intern. Klinisch. Rundschau. 1889.

Hall. On surgical tuberculosis. New-York Med., Journ. p. 611. 7 Février 1885.

Hall (R). Über Tuberculose der Haut. Diss. Inaug. Bonn 1879. Refer. in d. Viertelj. f. Dermat. und Syphil, 1879. S. 395.

Hallopeau. Lupus peut-être non tuberculeux de la région temporale et du dos des mains. Réunion clinique hebdomad. des médec. de l'hôpital Saint-Louis. 21 Février 1889. Annales de Dermatologie 1889.

— Tuberculose pachydermique. Réunion clinique hebd. des médecins de l'hôpital Saint-Louis. 28 Février 1889. Annales de Dermatologie. 1889.

— Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch. Société française de Dermat. 12 Fev. 1891.

Hallopeau et Goupil. Lymphangite gommeuse suppurative de nature tuberculeuse. Société française de Dermat. Juillet 1890.

Hallopeau et Wickham. Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux. Congrès international pour l'étude de la tuberculose 1888.

Hahn. Lupus des extrémités. Arch. f. Dermat. 1890.

Hamassen (K). Traitement du lupus par les applications de glace. Centrabl. f. Chirurgie.

Hamburcer (W). Ein Beitrag zur Losung der Frage uber das Verhaltniss der Struma zur Tuberkulose. Prag. Viertelj. X. 2, 1852.

Hameau. Traitement des abcès par congestion par les injections d'éther iodoformé. Thèse de Paris 1888.

Ben Hamed (Mohamed). De la caséo-tuberculose ganglionnaire et de son traitement par l'ignipuncture. Thèse de Paris. 1888.

Hamilton. The Dublin Journal of Medical Sciences 1845.

— Archives de Médecine Générales 1845.

Hanot. Article Phthisie du Dict. de Jaccoud.

— Rapports de l'inflammation avec la tuberculose. Thèse d'agrégation. *Paris* 1883.

— Ulcère tuberculeux de l'avant-bras. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux p. 81. 1884.

— Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. Archives de Physiologie. T. II. 1886.

Hardy. Des scrofulides. Moniteur des Hôpitaux 1855.

— Leçons sur les maladies de la peau. 1858. P. 123 et suivantes.

— Leçons cliniques sur les maladies de la peau. 1868.

— Leçons sur la scrofule et les scrofulides, rédigées par J. Lefeuvre. *Paris* 1884. p. 33.

— Traité des maladies de la peau. 1885.

Harlet (L.) Abcès froids péri-osseux. Thèse de Lille 1888.

van Harlingen. Uber ulcerirendes Scrofuloderma. Archiv. of Dermatol. April 1879,

Harris (Arth) et Campbell. Lupus, palholog. anatom, and Klinische. *London* 1883.

Haslund. Zur statistik des Lupus Laryngis. Viertelj. f. Derm. and Syphilis. 1883 p. 47.

— The Medical Bulletin. *Philadelphia* 1884. N° 11.

— In H Leloir. Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose. Annales de Dermatologie 1886. p. 232,

— Nogle Betragtunger oner Behandlingen of Lupus med. Koch'ste Injectioner. Hosp. N° 51 1890.

— Beretning om Tilffœlde of Lupus behandle de med. Koch's tuberculin. Kjobenhavn 1891.

Haushalter. Voir Spillmann et Haushalter.

Havaz (A) Uber tuberculose der Haut. Orvosl Hetelop. 1883.

Hebb. On a case of tuberculosis of the skin. Lancet *London* 1866, p. 591. Also : British M. J. *London* 1886. 590. Also : Pract. Roy. Med. and Chir. Soc. *London* 1885. 6, N. S. 11, 81, 83.

HEBRA. Wiener Med. Wochensch. 1867. N° 3.

— Tuberkulose in ihrer Anat. Ausbreitung. Assoc. Med. de Vienne 1867. Viertelj. f. Dermat. und Syphiligraphie 1837.

— Atlas der Hautkrankheiten. 1 Liv. Texte p. 4.

— Archiv. f. Derm. und Syphilis 1869.

— Ein Fall eines Geheilten aus Lupus Entwick faust grossen, Epithéliome an der Wange. Wien. Med. Wochensch. 1869.

H. VON HEBRA. Cas de lupus traités par la lymphe de Koch. Soc. Vienn. de Dermatologie. 11 Mars 1891.

HEBRA ET KAPOSI. Traité des maladies de la peau. T. 2.

HEBREARD. Essai sur les tumeurs scrofuleuses. Thèse de Paris 1802.

HEIBERG. Tuberkulose in ihrer Anatom. ausbreitung. *Leipzig* 1882.

HEINE. Beretning om den iste Congress of det tyske lar. Selsk. Berl. Klin Wochenschr. N° 57, P. 232 1878.

HEINZELL. Ulcus tubercul. tibiæ. Berl. klin. Wochenschr. S. 165. 1881.

HELLER. Traitement du lupus. Wien. Med. Presse. N° 16. 1888.

HENNETON. Contribution à l'étude des maladies scrofuleuses. Thèse de Lille 1881.

HÉRARD. Bulletins de la Soc. Med. des Hôpitaux 1885. P. 63.

HÉRARD ET CORNIL. De la phthisie pulmonaire. 1887.

HÉRING. Curabilité de la tuberculose laryngée. Bulletins de la Soc. Anatomique. 1887.

HERMAN. A case of Lupus. Stricture and Atresia of the female urethra. Lancet. 1886.

HÉRON. Le remède de Koch dans le lupus et la tuberculose. Lancet, 25 avril 1881.

HERSFELD. Démonstration eines falle von Lupus bei den Nasenflugel. Berl. klin. Wochenschr. 1891. N° 19.

HERVOUET. Des adénopathies similaires chez l'enfant. Thèse de Paris 1877.

HEYN. Fortschritte der Medicin. 1887. 2 Heft p. 129. Trad. in Arch. de Méd. Milit. 1887, T. IX p. 349.

FABRICE DE HILDEN. Cent. 2, obs. 78.

HILLAIRET. Du Lupus. Progrès Médiçal. 5 octobre 1878.

HIPPOCRATE. Prœdictor. Lib. II. Ed. Joes. Francob. 1621. p. 98.

— Œconom. Article θηρια.

HIRSCHFELD. Uber Lupus und Hauttuberkulose. Inaug. Dissert. *Bonn* 1888.

HLAVA (YAROSLOW). Tvoreni se Kyst pri miliari Tuberkulose.

HŒCKER. Transplantation d'après Thiersch. Wien. Med. Wochenschr. 1890.

HOENSEL. Tuberculose inoculée à l'œil. Soc. opthl. de Heidelberg 1879.

HOFFMANN. Med. prat. T. II, p. 603.

HOFMOKL. Ein Fall von tuberkulosen Geschwür nach der Circumcision. Wiener Med. Presse. 1883.

HOLIN. Lupus affectionens Forhold tie Scrophulosen. Thèse faite dans le service d'Engelsted. Kjobenhavn 1887.

HOLST (AXEL). Inoculation accidentelle de la tuberculose à une femme. Semaine Médicale p. 365. 1885.

HOMOLLE. Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne. Thèse de Paris 1875.

HOPPE. Zur Behandlung der Fressenden Flechte. *Bonn* 1842.

HORAND. Lyon Médical 1876.

VON HOORN UND J. SPRUYT LANDSKROOM. Tuberculin. Monatsh. f. prakt. Dermatologie. Septembre 1891.

HOUGH. The treatment of abcesses. New-York Med. Journ. 1887 XLVI, 731-33.

HOUZET. De l'influence du séjour à Berck sur les scrofuleux. Paris 1888.

HOWARD. On scrofula. St-Georg. Hosp. Rep. T. V. 1870.

HUETER. Gundriss der Chirurgie 1880.

HUFELAND. Traité de la maladie scrofuleuse. Traduct. de Bousquet. In-8°. *Paris* 1821.

HUGUENIN. Œtiologie der Meningitis. Corresp. Blatt fur Schweizer Aertze 1889.

HUGUIER. Mémoires de l'Académie de Médecine 1849.

HUNE. Lupus de la face guéri par la méthode de Koch. Lancet, 18 Avril 1891.

HUNT (MIDDLEMAN). 6 cas de lupus de la gorge et du nez. Journal of laryngologie. Septembre 1889.

HUNTER. Œuvres complètes. Trad. Richelot.

HUNTER (G.) ET MACKENSIE. Un cas de lupus du larynx. Clinical cases of diseases of the throat and nose. Reproduit in Edinburgh Méd. Journ. Octobre 1885.

HUSS. Des rapports du lupus vulgaire et de la tuberculose. Inaug. Dissert. *Berlin* 1890.

HUTCHINSON (J.). Forme rare de lupus. The Lancet. Avril 1877.

— Sur le mode de propagation du lupus. Med. Times and Gazette. 4 Août 1877.

— Leçons sur le Lupus, envisagé comme un groupe morbide et non comme une affection unique. British Med. Journal janv. 1888.

— On the nature of Lupus. The Lancet. Janvier 1891.

HYDE (JAM.-NEW.). Rapport du lupus vulgaire avec la tuberculose. Journ. of cut. and vener. diseases. Novembre et décembre 1885.

IDELSON (ROSALIE). Uber Lupus der Schleimhaute. Thèse de Berne 1879.

Isabel. Des scrofulides laryngées. Thèse de Paris 1880.

Isambert. De l'angine scrofuleuse. Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux 1871-1872.

Iscovesco. Contribution à l'étude de la néphrite scrofuleuse. Thèse de Paris 1888.

Jackson. Electrolysis in the treatment of Lupus vulgaris. American Dermat. Association. Fourteenth Ann. Meeting at Riechfied Springs. Septembre 1890.

Jacobi. Histologische Untersuchungen uber die Einwirkung des Koch'schen Mittels auf Lupus. Centralbl. fur. Allg. Pathologie und Pathologische Anatomie Bd. II. 1891.

Jacquot. Infection tuberculeuse par voie génitale. Thèse de Paris 1888.

Jeannel. Gros abcès froid de la fosse iliaque droite, saillant sous l'arcade crurale, traité et guéri par l'incision.

— Recherches sur les résultats et les indications de l'extirpation des ganglions tuberculeux. Rev. Med. de Toulouse 1885, XIX, 609, 624.

— Recherches sur la généralisation de la tuberculose. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose. *Paris* 1888. P. 351.

Jeannel et Laulanié. Tentatives expérimentales sur la guérison de la tuberculose. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose. Fasc. II. p. 406.

Jeanselme. De l'inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés et profonds. Congrès international pour l'étude de la tuberculose 1888.

Joel (F.). Oper. chirurg. de ulceribus. P. 221.

Jolly. Art. Scrofulides. Dict. de Méd. et de Chir. Pratiques 18:5.

Joly. Influence de la scrofulo-tuberculose sur le développement de la chlorose. Thèse de Paris 1891.

Josserand. Contribution à l'étude des contaminations vaccinales. Thèse de Lyon 1884.

Julliard. Ulcération tuberculeuse du gland. Revue médicale de la Suisse Romane p. 63. 1881.

— Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire. Thèse de Paris 1865.

Kaposi. Uber die papillaren Neubildungen der Haut. Viertelj. f. Dermat. und Syphil. 1869.

— Uber den sogenannten Lupus syphiliticus. Wien. Med. Wochenschr. 1877. N° 50 à 52.

— Uber combination von Lupus und carcinom. Viertelj. f. Dermat. und Syphil. 1879. p. 73.

— Lupus erythématosus. Congrès de Londres 1881.

Kaposi. Vortr. uber Pathol. u. Therapie der Hautkrankheiten. *Wien* 1782.

— Clinical lectures on the treatment of lupus vulgaris. Wien. Med. Presse. 1887.

— Uber die papillaren Neubildungen der Haut. Archiv. f. Dermat. und Syphil. III Heft. Prag. 1889.

— Uber die Behandlung von Lupus, lepra und anderen Hautkrankheiten Mittel's Koch'scher lymphe « tuberculin ». *Wien* 1890. Soc. I et R. des médecins de Vienne 1890.

— Schlubsbetrachtungen uber den Heilwerth des Tuberkulin bei Haut tuberkulose. Intern. Klin. Rundschau. 1891. N° 12.

Karg. Centralbl. f. Chirurgie. 1885.

Kay. Enucleation of tuberculous glands. Med. Reg. Philadelphia Society 1889. 121-123.

Key. The Lancet. Vol. XV.

Kiener. Société de Biologie. 1880.

— Tuberculose et scrofule. Société médicale des Hôpitaux. 1881.

Kiener et Poulet. Soc. Med. des Hôpitaux. 11 Fév. 1881.

Kikuzi (Z). Mittheilungen aus den Bruschen Klinik. Bd. III. 1857.

Klebs. De mutationibus, quæ in intestino inveniuntur, tuberculosis. Dissertatio. Berlini 1857.

— II Prager Viertelj. Bd. 126.

— Handbuch der Pathol. Anatomie. *Berlin* 1868.

— Zur Geschichte Tuberkulose. Archiv. f. Pathol. Anat. u. Phys. von Rud. Virchow 1870 Bd. 49.

— Vorlesungen, citirt bei Raudnitz, 1879.

— Die Kuntlische Erzeugung der Tuberkulose. Archiv. f. experiment. Path. und Pharmacie. 1873. Bd. I. S. 163 à 181.

Kleinhauss. Die multiplen scarificationen und dehren Einfluss bei gewissen fallen von Lupus. Berlin. Klin. Wochenschr. 1873.

Klink. Ein Fall von Tuberkulose der Uro-genital Organe versteckte Schanker der Harhrohe und der Harnblase simulirend. Referirt in Viertelj. f. Dermat. und Syphil. 1876. S. 283.

Klotz. Diagnostic clinique du lupus érythémateux de la main et du pied. Journ. of. cut. and genito-urinary diseases. Mars. 1886.

Köbner. *In* Doutrelepont 1884. Congrès de Copenhague.

Köbner et Krause. Eine form von Schleimhaut. Lupus des Velum Palatinum. Berlin. Klin. Wochenschr. Juin 1884.

— *In* Revue des Sciences Médicales de Hayem 1885. P. 735.

KOCH (A). De l'angine scrofuleuse et de la granulie pharyngo-laryngée. Thèse de Paris 1878.

KOCH (R). Die Œtiologie der Tuberkulose. Mittheilungen der Kaiserl. Gesundheitsammte. Bd. II. Fersuch 6 et 7.

— Uber desinfektion. Mittheilungen aus den Kaiserl. Gesundheiltsammte. Berlin. 1881.

— Fortsetzung der Mittheilungen uber ein Heilmittelgegen Tuberkulose. Berlin. Klin. Wochenschr. N° 3.

KŒNIG. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. Berlin 1885.

— 15e Congrès de la Société Allemande de Chirurgie. Semaine Médicale. 1890.

KNOCKE (J. B). De l'emploi en dermatologie de l'acide lactique concentré de Merck. Journ. of. cut. and genit.-urinary diseases. Avril 1887.

KOHN (S). Contribution au traitement du Lupus. Viertelj. f. Derm. und. Syphil. 1884. N° 1 et 2. Analyse par Doyon *in* Ann. de Dermat. et de Syphil. Janvier 1885.

KOLLATH. Ein Fall von Lupus faciei durch interkürrentes Erysipel geheilt. Deutsch. Med. Wochenschr. N° 16. 1890.

KOLTZOV. Tubercule du pénis à la suite de la circoncision. Bull. Médic. 1890. Obs. dans Vracht.

KORTUM. Commentarius de vitio scrofuloso. Langovia 1789-1790.

KOUBASSOFF. Passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus. Comptes rendus de l'Académie des Sciences. 9 Février 1885. Vol. 100. P. 372.

KRASKE. Uber Tuberkulose Erkrankung von Wunden. Centralbl. f. Chirurgie p. 565. 1885.

KRASKE. Tuberculose der Penis. Deutsch. Med. Wochenschrift p. 1074. 1888.

KRAUSE. Lupus der Nase. Deutsch. Med. Wochenschr. 1891.

KRAUSE ET SCHUCHARD. Fortschr. fur Medicin. 1883.

KRISHABER. Voir Dieulafoy et Krishaber.

KRISHABER ET PETER. Article Laryngite, *in* Dict. encyclopédique des Sciences Médicales.

KROBKIN. Lupus Willani. Chir. Wester. *Saint-Pétersburg*. 1887.

KROMEYER (ERNST). Deutsch. Med. Wochenschr. N° 49, 4, XII, 1890.

KUSSNER. Uber primare tuberkulose des Gaumens. Deutsch. Med. Wochenschr. 20, 21, 1881.

KRYNSKI. De l'influence du remède de Koch sur les bacilles tuberculeux dans le lupus. Deutsch. Med. Woehenschr. 23 mai 1891.

LABOULBÈNE. Soc. Méd. des hôpitaux. 1872, 1874.

— De la tuberculose bucco-pharyngée. France, Médicale 1879.

— Scrofulide ulcéreuse du voile du palais. Union Médicale. Novembre 1880.

LACHMANN. Kleine Beitrage zur Kentniss des Tuberkelbacillen. Deutsche Med. Wochenschr. 1884.

LACHMANN ET KÖBNER. Deutsch. Med. Wochenschr. 1881.

LACOUCHE. De la scrofule sénile. Thèse de Bordeaux. 15 Mars 1882.

LAENNEC. Traité de l'auscultation médiate. 1857.

LAILLER. Leçons sur quelques affections cutanées Paris 1877.

— Soc. Méd. des Hôpitaux, 1872.

LAILLER ET MATHIEU. Le lupus et les tuberculoses cutanées. Archives de Médecine. 1888.

LALOUETTE (P). Traité des scrophules. *Paris* 1780.

LANCRY. Etiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance. *Paris* 1884.

LANDERER. Behandlung der Tuberkulose mit Perubalsam. Intern. Klin. Rundschau. 1889.

LANDOUZY (L). La première enfance envisagée comme milieu organique dans ses rapports avec la tuberculose. Congrès international pour l'étude de la tuberculose 1888.

— De la fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde. Typho-bacillose. Semaine Médicale. 3 Juin 1891.

LANDOUZY ET MARTIN. Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose. Revue de Médecine 1883.

— Sur quelques faits expérimentaux relatifs à l'histoire de l'hérédo-tuberculose. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose. 1887. 1er Fasc.

LANDOUZY ET QUEYRAT. Note sur la tuberculose infantile. Soc. Méd. des Hôpitaux, 9 Avril 1886, p. 169.

LANG. Lupus und Carcinom. Viertelj. f. Derm. und Syphilis 1874.

— Zur histologie des Lupus Willani. Gleichzeitig ein Beitrag zur Lehre von den regression metamorphosen. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1875, p. 19 et 21.

— Zur histologie des Lupus. Stricker's Med. Jahrbucher.

— Carcinom und Lupus. Wien. Med. Wochénschr. 1879.

— Lupus, Syphilis und Flachenskrebs. Wien. Méd. Presse. 1876.

LANGENBECK. Verhandlungen der Deutsch. Gesellschaft f. Chirurgie. Berlin. 1885.

— Ueber das Auftreten von Carcinom auf lupöse Hautnarben. Berl. Klin. Wochenschr. N° 24, p. 329. 14e Congrès des Chirurgiens Allemands.

LANNELONGUE. Abcès froids et tuberculose osseuse. 1879.

Lannelongue. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1880. P. 140.

— De la tuberculose externe congénitale et précoce.

— Complications articulaires chez un lupique traité par la méthodo de Koch Bull. Médical 1890.

— Nouveau mode de traitement de la tuberculose par le chlorure de zinc. Bull. de l'Académie de Médecine 1891.

Laplace. Ulcération tuberculeuse de la peau et des ganglions. Méd. News. 11 juillet 1891.

Larroque. Du Lupus. Recherches sur son anatomie et sa signification pathologique. Thèse de Lyon 1880.

Lartijau. Scrofule et rachitisme. Paris 1888.

Laskiewicz. Wien. allg. med. Zeit. 1877.

Lasserre (H.) Du traitement des adénites chroniques et des gros abcès froids par les injections de naphthol. Thèse de Paris 1889.

Lauge (C.) Allg. pathol. Anatomie. 1883. P. 484.

Laurentius. De mirâ strumarum curatione. liv. II. Chap. I. 1679.

Laveran. Soc. Méd. des Hôpitaux. 14 Juillet 1876 et 1877.

Lebatard. Abcès froids des parois thoraciques. Thèse de Paris 1887.

Lebert. Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses 1839. p. 681.

— Inoculation des tubercules. Bull. Ac. de Paris 1866.

Ledermann. Revue critique sur le traitement de Koch contre la tuberculose. Remarques particulières sur la tuberculose cutanée. Archiv. f. Dermat. 1891. XXIII.

Lefèvre.. De la tuberculose par inoculation chez l'homme. Thèse de Paris 1888.

Lefferts. (G.) Etude d'un cas de lupus du larynx. Traduction in Ann. des Mal. de l'Oreille. 1878 par Douglas Aigre.

Legrand. De l'or, son emploi dans le traitement des maladies scrofuleuses. 1851.

Lehmann. Uber ein Modus der Impftuberculose beim Menschen. Deutsch. Med. Wochenschr. 1886.

Leistikow (Léo). Uber Scrophuloderma. Monatsh. f. Prakt. Dermat. 15 Novembre 1889.

Lejars. Essai sur la lymphangite tuberculeuse. Etudes cliniques et expériment. sur la tuberculose. Tom. III. Fasc. I.

Leloir (H.). Ulcération tuberculeuse de la langue. Bull. de la Soc. Anat. Décembre 1878.

— Traitement du Lupus. Progrès Médical 1881.

— Anatomie pathologique du Lupus. Comptes rendus de la Société de Biologie. Novembre 1882. (En collaboration avec E. Vidal).

Leloir (H.). Recherches sur l'inoculation du Lupus. Comptes rendus de la Soc. de Biol. Décembre 1882.

— Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du Lupus. Comptes-rendus de la Société de Biologie. Juillet 1883. (En collaboration avec V. Cornil).

— Technique des inoculations expérimentales de lupus aux animaux. *In* Thèse de Renouard 1884.

— Etude histologique d'un cas de lupus des os et de la face. *In* Thèse de Renouard 1884.

— Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus. Archives de Physiologie 1884. (En collaboration avec V. Cornil).

— Tuberculose du périnée et de l'anus. Ulcération tuberculeuse de la lèvre. Tuberculose du vagin. *In* Trav. de Babès intitulé : Bacilles de la tuberculose dans la tuberculose du vagin et dans une ulcération de la lèvre inférieure. Bulletins de la Soc. Anatom. Juillet 1883.

— Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards. Annales de Dermatologie 1884.

— Inoculations de gourmes et d'impetigo. Ces inoculations peuvent-elles donner lieu à une tuberculose expérimentale? *In* thèse de Verchère : Des portes d'entrée de la Tuberculose. *Paris.* Juin 1884.

— Recherches sur la nature du lupus vulgaire. Communication faite au Congrès international des Sciences Médicales. *Copenhague* 1884 et Progrès Médical 1884.

— Leçons sur la syphilis, professées à l'hôpital St-Sauveur. *Paris.* A. Delahaye 1885.

— Traité pratique et théorique de la lèpre. *Paris* 1886.

— Leçons sur les lésions élémentaires de la peau considérées au point de vue Clinique. Journal des Connaissances Médicales. Mai 1887.

— Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose. Annales de Dermatologie 1886.

— Leçons sur le lymphatisme, la scrofule et la tuberculose étudiés au point de vue dermatologique. Bull. Méd. 1888.

— Sur la nature des variétés atypiques du lupus vulgaire. Bulletins de l'Académie des Sciences. Juillet 1888. Congrès pour l'étude de la Tuberculose. 1888. Annales de Dermatologie, 1888.

— Lupus de l'oreille déterminé peut-être par l'inoculation de bacilles tuberculeux transportés par des vers de terre. Congrès international pour l'étude de la tuberculose. Juillet 1888.

Leloir (H.). Des tuberculoses expérimentales déterminées par l'inoculation de produits scrofulo-tuberculeux (Lupus). Congrès international pour l'étude de la Tuberculose. Juillet 1888.

— Des adénopathies secondaires au lupus vulgaire. Bulletins de l'Académie des Sciences. Mai 1889.

— Lupus demi-scléreux de la langue. Atl. intern. des maladies rares de la peau. 1889.

— Le lupus de la langue. Annales de Derm. 1889.

— Examen histologique et inoculation expérimentale d'un cas de lupus de la muqueuse nasale. *In* travail de M. Wagnier sur un cas de lupus de la muqueuse nasale. Revue de Laryngologie 1889.

— Le lupus vulgaire et le système lymphatique. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction de Verneuil, 1890.

— Le lupus scléreux et le lupus sclérosé. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. 1890.

— Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux. Archiv. de Physiologie. Octobre 1890.

— Action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire. Médecine Moderne. Novembre 1890.

— Remarques sur la nature tuberculeuse du lupus vulgaire et son traitement par la lymphe de Koch. Archives de Physiologie. Janv. 1891.

— Leçons sur le lupus. Journal des Maladies cutanées et syphilitiques 1890. Traduites en allemand dans les Monatsh. f. praktische Dermat.

— Le traitement du Lupus. Bull. Médical. 7 Janv. 1891.

— Affections cutanées pures ou hybrides déterminées par les agents de la suppuration. Médecine Moderne. 19 Février 1891.

— Le Lupus vulgaire érythématoïde. Archives de Physiologie. Avril 1891.

— Recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales sur les combinaisons de la tuberculose et de la syphilis en particulier du côté de la peau. Congrès internat. pour l'étude de la Tuberculose. Juillet 1891. Archives de Physiologie. Octobre 1891.

— Recherches expérimentales sur l'inoculation des produits scrofulo-tuberculeux et en particulier du lupus vulgaire. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose. Juillet 1891. Annales de Dermatologie 1891.

Leloir (H.). Recherches nouvelles sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire. Congrès internat. pour l'étude de la Tuberculose 1891. (En collaboration avec M. Tavernier.)

— Du lupus compliqué d'épithélioma. *In* Thèse de M. Bidault. *Lille*. Novembre 1886.

— Sur une complication encore mal connue d'origine infectieuse du lupus vulgaire, *in* travail de M. Lespinne. Congrès internat. pour l'étude de la Tuberculose 1891 et Journal des mal. cut. et syphilitiques 1891.

— Des adénopathies syphilitiques anormales. *In* Thése de M. Brunelle. *Lille* Janvier 1889.

— Leçons sur le traitement du Lupus, en particulier du lupus vulgaire. *In* Comptes Rendus des Titres et Travaux scientifiques de M. Leloir 1887, p. 142.

— Le Lupus des vieillards. In thèse de M. Deswarte, *Lille*. 1892.

Lelongt. Anatomie pathologique et traitement du lupus par la scarification linéaire. Thèse de Paris 1876.

Lemaistre. Angine superficielle scrofuleuse chronique. Thèse de Paris 1875.

Lemasson. Journal hebd. Tom. 4, 2e série, p. 117.

Lenger. Über Lupus Excision nebst einige Bemerkungen zur Thierschen Transplantationen. Berl. klin. Wochenschr. Août 1889.

Lepelletier. Traité de la maladie scrofuleuse. Paris 1830.

Lépine. Sur l'infection de voisinage dans la tuberculose. Arch. de Physiologie 1870. P. 297.

Leroux. Des amputations et des résections chez les phthisiques. *Paris* 1880.

Leroy des Barres. Bulletins de la Soc. Anat. 1870.

Leser. Contribution clinique à la doctrine de l'infection tuberculeuse. Fortschr. d. Medicin. 1887. P. 50. Analyse *in* Ann. de Derm. et de Syphil, par Thibierge 1888. P. 339.

Lespinne (V.) Sur une complication générale encore mal connue de nature infectieuse survenant chez des malades atteints de lupus vulgaire. Congrès international pour l'étude de la Tuberculose. 1891.

Lesser. Uber Lupus behandlung. Deutsch. med. Zeitung. 1884.

— Traitement du Lupus par l'arsenic. Centralbl. f. die Med. Wissenschrift. Février 1884.

— Inoculation tuberculeuse de la peau. Deutsch. Med. Wochenschr. 1888. No 29.

Letulle. Gommes scrof.-tuberculeuses sans bacilles visibles. Soc. Méd. des Hôpitaux. 28 Nov. 1884, p. 373.

Leudet. Bullet. de l'Académie de Médecine 1885. P. 532.

Leventy. Four select cases, with the manner of cure and the proportion of remedy. Journ. of cut. and genito-urinary diseases. 1888.

Lewers. Lupus de la vulve. Transact. obstetr. Soc. London XXXI p. 326. 1890.

Lewin. Berl Klin. Wochenschr. N° 3, p. 44. 1884.

Leyden. Zeitsch. f. Klinisch. Medicin 1884. T.VIII p. 386.

Libermann. Altération du larynx dans l'angine scrofuleuse. Soc. Méd. des Hôpitaux. 1872.

Lichtheim (L.). Zur diagnostichen Verwerthung der Tuberkelbacillen. Fortschr. d. Medicin S. 1 (Sehr rasche Farbung in concentriter Ehrlisch'er Mischung.)

Liebreich. Uber die therapeutischen Einfluss der Kantharidinsaure auf den Lupus, erklärt durch eine neue Beleuchtungsmethode. Therap. Monatsh. 1891.

Lilienthal. De la tuberculose locale suite de traumatisme. Inaug. Diss. Iena 1889.

Lindmann. Ein Beitrag. zur Frage von der Contagiositat der Tuberk. Deutsch. Med. Wochenschr. 1883. N° 30.

Liouville. Bull. Soc. Anat. 1874. p. 585.

Litten. Berl. Klin. Wochenschr. 1890.

Lobstein. Traité d'anatomie pathologique. Paris 1829. T. I. p. 370, 391.

Lœvenstein. Die Impftuberculose des preputium. Inaug. Dissert. *Kœnisberg.* 1889.

Longueville. Du polymorphisme des affections tuberculeuses de la peau. Thèse de Paris 1891.

Looten. Scrofulides des muqueuses. Thèse d'agrégation. *Paris* 1878.

Lorry. Tract. de morb. cutan. Paris 1777.

Louis. Art. Phthisie. Dict. en 30 vol.

Luc. Tuberculose et Lupus de la conjonctive. Thèse de Paris 1883.

— Soc. Méd. du 7e arrond. Novembre 1888. *In* Thèse de Boulard.

— Hypertrophie fibreuse diffuse de la muqueuse laryngée. Archives de Larynglogie. 1888.

— Note sur un cas de tuberculose naso-pharyngienne. Archives de Laryngologie 1888.

— Note sur un cas de tuberculose laryngée à forme scléreuse. Archives de Laryngologie 1889.

— Lupus des voies respiratoires supérieures avec intégrité de la peau.

Lucas. Traitement du lupus par l'abrasion. The Lancet. 22 Février — 1er Mars 1879.

Lugol. Mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses. *Paris* 1829.

Lugol. Mémoire sur l'emploi des bains iodurés dans les maladies scrofuleuses. 1830.

— 3e Mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses suivi d'un précis sur l'art de formuler les préparations iodurées. In 8°. *Paris* 1831.

— Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses. *Paris* 1844.

Lukaziewicz. Tuberculose du nez. Société viennoise de Dermatologie. 19 Mars 1890.

Lusitanus (Amatus). Aphorismes, 3, 20, Ed. Jansonii Glasguæ 1748.

Lusitanus (Zacutus). Prax. hist. Lib. I. Obs. 66.

Luton. Traité des injections sous-cutanées à effet local. *Paris* 1875.

Lyot et Gauthier. Bullet. de la Soc. Anatomique de Paris. 1888.

Macdonald (A). Edinburg. Med. Journal. Avril 1884.

— Du Lupus de la région vulvo-anale. American Journ. of. Med. Science. 1884.

Mackensie (Stephen). Maladie particulière de la peau, peut-être forme de lupus. Clinical Society of London. 12 Oct. 1888.

— Eine seltene Lupusform. Lancet 1888.

Maes. Soc. I. et R. des médecins de Vienne. 5 Décembre 1890. Wien. Med. Wochenschr. 1890.

Malassez Société de Biologie 1880.

— Société de Biologie 1882.

— Sur la nature du lupus tuberculeux. Société de Biologie 1883.

— Voir Péan et Malassez.

Malassez et Vignal. Tuberculose zoogléique. Soc. de Biologie 1883.

Malvoz. Sur le mécanisme du passage des bactéries de la mère au fœtus. Mémoire de concours. *Liège* 1887.

Manardus (Joh.). Opus Joh. Manardi ferrariensis physici Mirandulani. Lib. XIII. p. 81.

Mandel. Transmission de la tuberculose par la contagion de la viande. Gaz. Méd. Strasbourg 1885.

Mannino (Lor.). Lupus et tuberculose. Milano. 1884.

— Sull' identita di natura del lupo e della tuberculosi. Revista clinica. p. 100. 1884.

Marchiandi. De la pathologie de la scrofule. Journal de l'Académie de Turin. Juillet 1846.

Marfan. De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phthisie pulmonaire. Archiv. génér. de Médecine. Avril, Mai 1885.

Marianelli. Ulcerazione cutanea tuberculare perianale. Giorn. ital. delle malattie veneree, p. 66, 1889.

MARJOLIN. Cours de patholog. chirurg. *Paris* 1836.

MARSHALL. Treatment of Lupus vulgaris with Sal. Acid. Med. Journal. Juin 1884.

MARTEL. Ether iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. Thèse de Paris 1887.

MARTIN DU MAGNY. Inoculation tuberculeuse chez l'homme. Thèse de Paris 1886.

MARTIN. Voir Landouzy et Martin.

MARTIN (HIPP.). Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la tuberculose. Thèse de Paris 1879.

— Tuberculose infectante et non infectante. Arch. de Physiologie 1881. P. 271.

— Gazette de Paris 1882. N° 52.

— Revue Médicale 1882. P. 289.

— La tuberculose et la scrofule. Rev. Mens. de Méd. et de Chir. Avril 1882.

— Etude critique sur les opinions qui ont cours sur l'étiologie et la pathogénie du lupus. Ann. de Derm. et de Syph. 9 Décembre 1883.

— Virulence des microbes tuberculeux. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose. P. 362. 1890.

MARTINEAU. Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux. 1874. P. 138, 159.

— Leçons sur l'esthiomène de la vulve. Inédites. *In* Titres à l'Académie de Médecine 1883.

MARTY. Le Lupus du larynx. Thèse de Paris. 1888.

MARX. Abh. von der Schwind und Lungensucht. 1784.

MASCHET. Revue critique sur le traitement chirurgical de quelques manifestations externes de la tuberculose (peau, tissu cellulaire, ganglions). *Paris* 1887. N° 14.

MASSEI. Article larynx et fosses nasales de l'Encyclopédie méd. italienne. Nos 8 et 9. 1885.

— Sopra un caso di lupus del laringe. La Riforma Medica, 4 et 5 fév. 1890.

MATHIEU. Voir Lailler et Mathieu.

— Pseudo-éléphantiasis strumeux. Bull. de la Soc. Anat. 1883.

MAYER (R.). Pathol. Anatomie. *Leipzig* 1871.

MEAD (R.). Recueil des œuvres physiques et médicales. Traduction en français par Cotte et Bouillon. 1774.

MECKEL. Handbuch der pathologischen Anatomie. *Leipzig* 1812. 1818.

MÉGNIN. Voir Cornil et Mégnin.

MÉNÉTRIER. Ulcération tuberculeuse du vagin et de la vulve. Bullet. de la Société anatomique. Juin 1888.

MEOLA. Un cas de lupus de la face. Il Morgagni. Janvier 1880, p. 30.

MERKLEN. Inoculation tuberculeuse localisée aux doigts. Lésions secondaires de l'ordre du tubercule anatomique. Lymphangites tuberculeuses consécutives. Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux 1885.

— Tubercule anatomique et inoculation tuberculeuse. Annales de Dermatologie. 1885.

VAN MERRIS. La scrofule et les bains de mer. *Paris* 1886.

MÉTAXAS ET VERCHÈRE. — Méningite tuberculeuse post-traumatique. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose. 1890, p. 534.

MEYER. Ein Fall von Impftuberculose in folge ritueller Circumcision. New-York. med. Presse. Juin 1887.

MEYER (LOTHAR). Eulenberg's Vierlelj. f. gen. medicin. *Berlin* 1883.

MIBELLI (VITT.). Sulla combinazione del Lupus col carcinoma. *Siena* 1887.

MICELOTTA. La scrofolosi. *Naples* 1873.

MICHAUT. Sur un cas d'ulcération tuberculeuse de l'urèthre, consécutive à une tuberculose rénale primitive. Bull. Soc. Anat. p. 103. 1887.

MICHELSON. Uber Tuberculose der Nasen und Mundschleimhaut. Zeitschr. f. Klin. Médecin. XVII. 1889.

— Uber einige seltenere Zungenkrankeiten. Berlin. Klin. Wochenschr. 1890.

— Uber drei nach Koch's method erfolgreich behand falle von tuberculose der Schleimhaute der Oberen Luftwege. Verein fur wissenschattlishe Heilkunde. Konisberg. 20 April 1891.

MICULIEZ ET MICHELSON. Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenshohle. *Berlin* 1891. Tafel XVIII. Figur 3 und Tafel XXIII. Fig. 3.

MIDDELDORF. En Fall von Infection einer penetrirenden Kniegelenk's wunde durch Tuberculoses virus. Fortschr. der Med. 1886.

MIKAEL. Uber die Behandlung von Larynx-tuberculose und Lupus mit Tuberculin. Journ. of. Laryng, und Rhinol. 1891.

MILCENT. Scrofule. 1846.

MILLARD. Acute Miliartuberculose des Pharynx. Gazette de Paris. vol. 47, p. 663. 1881.

MIRINESCU. La polyadénite périphérique chez les enfants tuberculeux. Thèse de Paris 1890.

MODIGLIANO. Recherches expérimentales sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose. Progrès Med. 15 Novembre 1886.

MOINEL. Essai sur le lupus scrofuleux des fosses nasales. Thèse de Paris 1887.

MOLDENHAUER. Traité des maladies des fosses nasales des sinus, et du pharynx nasal. Trad. française du Dr Potiquet 1888.

Moller. Klinisch. Bemerkungen uber einige weniger bekannste krankheiten der Zunge. Goschen's Deutsch. Klinik. Bd. 3. Zeft 273. 1851.

Mollière. Traité des maladies du rectum et de l'anus. *Paris* 1877.

Moumarson. Aperçu historique et critique sur les diathèses. Thèse de Paris 1890.

Monneret et Fleury. Compendium de Médecine pratique. *Paris* 1846. p. 544.

Monod. Bull. de la Soc. Anat. 1874. P. 237.

Morel-Lavallée. 2 cas de tuberculose verruqueuse de la peau. Du traitement iodoformé appliqué par la méthode hypodermique à la scrofulo-tuberculose cutanée non ulcéreuse. Annales de Dermatologie. 1888, p. 21.

— Ulcère tuberculeux de la bouche. Réunion clinique des médecins de l'hôpital Saint-Louis. 21 mars 1889. Annales de Dermatologie 1889.

— Scrofulo-tuberculose de la peau. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. 1890. P. 125,

— Quelques mots d'historique sur les injections sous-cutanées et en particulier sur les injections iodoformées dans la tuberculose. Antisepsie pulmonaire; gaiacol eucalypté et dilatation bronchique. Revue de thérapeutique. 5 Juillet 1891.

Morell. Mackensie. Traité pratique des maladies du larynx. Traduit par les Dr Moure et Berthier. 1882.

— Diseases of the throat and nose. 1884.

Morgagni. De sedibus et causis morborum.

Morice. Considérations générales sur la résorcine. Son action topique sur les surfaces ulcérées, le lupus en particulier. Journ. de Méd. de Bordeaux. 1er Avril 1886.

Morison et Robert. Lupus and its relations to tuberculose. American Journ. of med. Science. Avril 1884. p. 411.

Malcolm Morris. The comparative advantages of scraping and scarification in the treatment of lupus vulgaris. British. Med. Journ. Août 1883.

— Nouvel instrument pour la destruction des nodules isolés du lupus. Lancet 1884.

Tuberculose papillomateuse de la peau. Remarques sur les rapports du papillôme avec la syphilis, le lupus. Journ. of cut. diseases. Oct. 1886.

Malcolm Morris et Pringle. The first english case of lupus treated by Koch's method. British Journ. of Derm. Décembre 1890. P. 377.

Morton (Rich). Richardi Morton Opera medica. 1e édition 1689. Editio novissima. Lugduni 1737 T. I. Tractatus de phthisi.

Prince Morrow. Tuberculosis papillomatosa cutis. Considérations sur le rapport du papillôme avec la syphilis et le lupus. Journal of cut. and venereal diseases. 1888. Octobre et Novembre.

Moure. Notes à l'article Lupus du Traité des Maladies du Larynx de Morell.-Mackensie.

— Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne. *Paris* 1886.

Mourret (A). Tuberculose ano-rectale. Thèse de Paris. 1887.

Moussous (A). Lupus primitif de la gorge. Journ. de Médecine de Bordeaux. 13 Juillet 1890.

Moutard-Martin. Tuberculose cutanée.

Muller. Centrabl. f. Chir. 1884. N° 3.

Munro (Rob.). Un cas grave de lupus exedens. Glasg. Med. Jour. vol. 14 1880.

Nasse (Dietrich.). Deutsch. Med. Wochensch.

— Voir Schaffer et Nasse.

Natier. Lupus généralisé de la face avec propagation aux fosses nasales, aux gencives, au pharynx et au larynx. Annales de la Policlinique de Bordeaux. 1888.

Nedopil. Klinisch. Chirurg. Berlin. 1877. P. 375.

Négrier. Traitement de la scrofule par les préparations de feuilles de noyer. Archiv. de Médecine. 1888.

Neill (O). Treatment of Lupus. Northfolk Ireland Transactions.

Neisser. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1882.

— Die chronischen Infections Krankheiten. Ziemssen's Handbuch der speciellen pathologie und thérapie. 1883.

— Lupus vulgaris. Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten. 1884.

— Voir Brieger et Neisser.

Nélaton. Du tubercule dans les affections chirurgicales. Thèse d'agrégation. *Paris* 1883.

Neumann. Wochenbl. d. Ges. d. Aertze in Wien 1861.

— Handbuch der Hautkrankheiten 1880.

— Traité des maladies de la peau. Traduction par Darin. 1880.

— De la galvano-caustie dans les affections de la peau. Allgem. Wien. Med. Zeitung. 1881.

— Jahresb. des Allgem. Vrankenh. 1886. P. 174.

— Uber primare Lupus Erkrankung des Auges. Wien. Med. Presse. N° 2 und 3.

— Soc. Imp. et Roy. des Médecins de Vienne. 5 Décembre 1890. Wien. Klinisch. Wochenschr. 1890.

NEUMANN. Erfahrungen mit Tuberkulin bei Lupus erz resultate. Intern. Klin. Rundschau. 1891.

NICAISE. Des abcès froids du tissu cellulaire. Revue de Chirurgie. *Paris* 1885. P. 492, 496.

— Communication à l'Académie de Médecine. 30 Juin 1888.

NIELSEN (LUDW.). On Karcinom pââ Lupus. Hospital Tidende 1888.

NIEMEYER. Leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire. Traduction par Culmann. *Paris* 1867.

NIEPCE. De la contagion, de la transmissibilité de la tuberculose. *Grenoble* 1886.

NIVIÈRE. La découverte de Koch. Annales de Médecine Thermale. Janvier 1891.

NOCARD. Archives de médecine vétérinaire. Mars 1882.

— Inoculation du pus scrofuleux à des lapins et à des cobayes. Congrès international pour l'étude de la Tuberculose. 1888.

— Congrès international de la Tuberculose, 1891.

NOCARD ET ROUX. Culture du bacille de la tuberculose. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. 1887.

OBERTUSCHEN. Ein Fall von Lupus Laryngis. Centralbl. f. Klin. Médecin. 1883.

OHMANN-DUMESNIL. Erythematous lupus of the hand. Extracted from the American Journal of medical sciences for Décember 1888.

OLAVIDE. Traitement comparatif du lupus. Congrès international. de Dermatologie. *Paris* 1889.

OLLENDORF. Lupus und carcinom. Thèse de Bonn, 1887.

OLLIVIER (A,). Hérédité du lupus. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose. T. III. 1er Fasc.

OLYMPITIS. Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. Thèse de Montpellier 1889.

OLYMPITIS. Tuberculose de la muqueuse nasale. Thèse de Paris 1890.

ORTH. Viertelj. f. Dermat. und Syphil. 1875.

OSTRIG. IXe Congrès des Médecins russes. 21 Janv. 1891.

OTTO. Lehrbuch der Pathologischen Anatomie. *Berlin* 1830.

OUSPENSKI. Lupus de l'oreille moyenne.

PAGELLO. La catramina nella cura di alcune forme di tuberculosi locale.

PAGENSTECHER ET PFEIFFER. Lupus oder Tuberculose. Berl. klin. Woch. Mai 1888.

PAGET. Leçons de clinique chirurgicale. Traduites de l'anglais par L. H. Petit. p. 365. *Paris* 1857.

PAILLARD. Nouvelle bibliothèque médicale. 1826.

PALTAUF. Voir Riehl et Paltauf.

PANAS. Des tuberculoses locales de l'œil. Tribune Médicale.

PANAS ET VASSAUX. Etudes expérimentales sur la tuberculose de la cornée. Bulletins de la Société française d'Ophthalmologie. 22 Janvier 1885.

PANTLEN. Uber Tuberculose der Haut. Tubingen. Diss. inaug. 1873.

— Viertelj. f. Derm. und Syphilis 1875.

PARINAUD. Tuberculose de la conjonctive et inoculation. Gaz. Hebd. N° 24. 1884.

PARKER (RUSHTON). Traitement du lupus par les scarifications. British med. Journal. 1887.

PARROT. Bullet. Soc. Méd. des Hôpitaux 1869.

— Société Biologie. 1873.

— Bull. Soc. Anatom. 20 et 23 Mai 1873.

CONSTANTIN PAUL. Sur un nouveau signe de scrofule fourni par les boucles d'oreille. Union Médicale. 20 février 1860.

— Angine scrofuleuse maligne ulcéreuse ou lupus de la gorge. Soc. Méd. des Hôpitaux. 1872.

H. PAUL. Archiv. f. Klinik Chirurgie t. 7e p. 199. Traduit *in* Archiv. génér. de Med. 1865.

PÉAN. Ulcération tuberculeuse de l'anus. Leçons de Clinique. 1887.

PÉAN ET MALASSEZ. Etudes cliniques sur les ulcérations anales. *Paris* 1871.

PELLIZZARI. De la présence des bacilles de la tuberculose dans les gommes scrofuleuses. Soc. des Sciences Médicales de Sienne. 26 Avril 1884. *In* Annales de Dermatologie 1884.

PETIT (A). Gaz. Hebd. 1883, p. 275.

PETIT. Tuberculose du vagin. In Art. Vagin du Dict. encyclopédique des Sciences Médicales.

PETITOT. Thèse de Paris 1884.

PFEIFFER. Tuberkelbacillen in der Lupus erkrankten Conjunctiva. Berlin. Klinisc. Wochenschr. 1883. N° 28.

— Voir Pagenstecher et Pfeiffer.

PFLUGGER. Lupus der Conjunctiva. Klin. Monatsblatter fur Augenheilkunde. 1876.

PICK. Traitement du Lupus. Wien. Med. Presse 1884. N° 49.

— Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Prag. 1889. Seltener fall von Lupus.

— Zur electiven Wirkung des Koch'schen Mittels mit Krankendemonstration. Prager Med. Wochenschr. 1890. N° 51.

— Vorlaufige Mittheilungen uber die Versuche mit den Koch'schen Mittel au der k. k. dermatologischen in Prag. Prager. Med. Wochenschr. 1890. N° 52.

PIDOUX. Etudes générales et pratiques sur la phthisie. 2e Edit. 1874.

Pierangeli. La tintura di capsico nell' abcesso fredo- Acad. med. chir. di Napoli 1884. XXXVIII. 1883. 1886.

Piffard. Assoc. Med. américaine. 1880.

— Traitement du Lupus. New-York. 1877.

Piga. Le lupus hypertrophique et les scarifications linéaires. *Sassari*. 1882.

Plenck. Doctrin. de morbis cutan. Vienna 1783. Art. Herpes exedens, seu ferus, seu esthiomenos.

Plichon (M.). Tuberculose des lèvres. Thèse de Paris 1888.

Plumbe. A practical treatise. 1837. P. 101.

Pohl. Uber Lupus. Virchow's Archiv. T. VI, p. 174. 1854.

Pollosson. Du tubercule anatomique. Province Médicale 1887.

Pollosson et Reverdin. Du tubercule anatomique. Province Médicale 1889.

Ponget (de Lyon). Lyon Médical 1886.

— Société des Sciences Médicales. *Lyon* décembre 1890.

Pontoppidan. Zur OEtiologie des Lupus. Viertelj. f. Dermat. 1882.

Portal. Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire. *Paris* 1792.

Pospielow. IV[e] Congrès des Médecins Russes. 21 janv. 1891.

Potin (Ch.). L'habitus dans les maladies scrofuleuses. *Paris* 1879.

Pouillot (R.). Du naphthol camphré et de son emploi en chirurgie. Thèse de Paris 1889.

Poulet. Revue Médicale 1885.

Poyet. Art. Scrofulides laryngées *in* Manuel clinique de laryngoscopie.

Pozzi. 2 observations d'abcès froids exceptionnellement multiples et étendus, guéris par le grattage, la cautérisation et le pansement à l'iodoforme. Gaz. Méd. de Paris 1885.

— 2 observations d'abcès froids non ossifluents, exceptionnellement multiples et étendus guéris par le même traitement. Congrès français de Chirurgie. Procès-verb. 1886.

Primet. Tuberculose nasale. Thèse de Paris 1880.

Pringle. Voir Malcolm Morris et Pringle.

Prioleau. De la tuberculose cutanée et de la lymphangite tuberculeuse consécutives à la tuberculose osseuse. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. T. III. Fasc. 1[er] Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. *Limoges* 13 août 1890.

Profeta. Art. Lupus de l'Encyclop. Médic. italienne rédigé par Profeta 1878.

Quenu. Ulcération tuberculeuse de la muqueuse palatine. Perforation du septum. France Médicale. 23 Oct. 1876.

Quenu. Sur le traitement des tuberculoses locales par les solutions d'acide fluorhydrique. Congrès international pour l'étude de la tuberculose. 1888.

Queyrat. Contribution à l'étude de la tuberculose de premier âge. Thèse de Paris 1886.

— Voir Landouzy et Queyrat,

Quinquaud. De la scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire. Thèse d'agrégation. Paris 1873.

— Voir Trasbot et Quinquaud.

Quos (M.) Traitement du Lupus de Willan. Diss. inaug. 1884. *Bonn*.

Rebatel. Voir Chandelux et Rebatel.

Rachet. Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la cornée. Thèse de Paris 1887.

Rafin. De l'emploi de l'acide lactique dans le traitement de certaines tuberculoses ulcéreuses de la peau et des muqueuses. Lyon Médical juillet 1888.

— 2 cas de Lupus guéris par l'acide lactique. Lyon Médical. Juillet 1878.

Raffa (Arturo.) Del lupus della congiuntiva e sua cura. Annale d'ottalmologia, fascicolo 4, 1878.

Rageot de la Touche. Etude sur quelques cas de scrofulose tardive. Thèse de Paris 1880.

Ramonat. La syphilis chez les scrofuleux. *Paris* 1883.

Rauchfuss. Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt Jahrbucher. 13 fr. p. 229.

Raudnitz. Zur OEtiologie des lupus vulgaris. Viertelj. f. Derm. 1882. p. 34.

Raulin. Lupus primitif de la muqueuse nasale. Thèse de Paris 1888.

Rayer. Traité théorique et pratique des maladies de la peau avec Atlas. Paris 1835, T. 2 P. 199 et 200.

Raymond (Paul). De l'épithélioma développé sur le lupus vulgaire en évolution. Annales de Dermatologie 1887.

— Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée par inoculation directe. France Médicale, T. III. p. 1191, 1193, 1205.

F. Raymond. Voir Arthaud et Raymond.

Reclus. (P). Man. de path. ext. 1885. P. 430.

— Gaz. Hebd. 1885. P. 275.

— Traitement des abcès tuberculeux par les injections d'éther iodoformé. Gaz. Hebd. 7 Janvier 1887.

— Fongus tuberculeux du testicule. Clinique chirurg. de l'Hôtel-Dieu p. 472.

Reeves. Le bacille de Koch et le Lupus. Med. News 1887.

Reich. Berlin. Klin. Wochenschr. 1878. N°37.

Remy (Paul). De la tuberculose oculaire. Thèse de Paris 1883.

Renard. Essai sur les écrouelles. Paris 1769.

Renaut (J). Art. Dermatoses du Dict. Encyclop. des Sciences Médicales, et in thèse de Larroque.

— De l'érysipèle et des œdèmes de la peau.

Rendu. Tuberculose et scrofule. Soc. Méd. Hôpitaux 1880-81.

Renouard. Du lupus. Thèse de *Paris* 1884.

de Renzy. Relations de la scrofule et de la tuberculose. Rev. clin. e therap. 1887. Fasc. IV.

Reuter. (C). Uber Lupus der Extremitaten. Dissert. Inaug. *Bonn.* 1890.

Reverdin. Voir Pollosson et Reverdin.

Reverdin et Mayor. Tubercule anatomique renfermant des bacilles. Rev. Méd. de la Suisse romande. Juillet 1888.

Rhein. Tuberculose primitive de la conjonctive. Munchener Med. Wochenschr. 1886. N° 14 et Centralbl. f. med. Wissenschr. 1887 N° 34.

Richelot. Traumatisme et tuberculose. Union Médicale. Novembre 1865.

Richerand. Nosographie chirurgicale. Tom. 1.

Richet. Vaste tumeur végétante lupoïde de la face. Gaz. des Hôpitaux. 25 Février 1878.

Richter. Uber Lupus Carcinom. Viertelj. f. Dermat und Syphil. 1888.

Ricochon. Les familles des tuberculeux. De leurs états pathologiques habituels. Du terrain tuberculisable. Congrès international de la tuberculose. 1888.

Riedel. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd X. 1878.

Riehl. Uber Anwendung des Iodoform. bei lupus vulgaris. Centralbl. f. Chir. 12 1881.

— Zwei falle von Tuberkulose der Haut. Wien. Med. Wochenschr. 1881. 44, 45.

— Tuberkelbacillen in Leichentuberkel. Centralbl. fur Chirurgie 1885.

— Uber histologische Veranderungen an tuberkuloser Hautnach zuwendung der Koch'chen injectionen. Soc. I et R. des médecins de Vienne. 5 décembre 1890. Berl. Klin. Wochenschr. 1890.

— Voir Chiari et Riehl.

Riehl et Paltauf. Tuberculosis verrucosa cutis. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1886.

— Tuberculosis verrucosa cutis. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1888.

Rindfleisch. Pathol. Gewebslehre. 1871.

— In Ziemssen's Handbuch der Speciellen Pathol. und Therapie, chronische und acute tuberculose. Allgemeine uber scrofulose. p. 151. 1874.

— Pathol. Histologie. 1875.

Von Rineker. Uber Scrofulose und Syphilis. Sitzung. v. Pharmacie Med. Gesell. zu Wurtzburg. 1881.

Ritzo. Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. Thèse de Paris 1889.

Robert. Voir Morison et Robert.

Roberts. Effets de la tuberculine sur le lupus. British Journ. of. Dermatology. Juillet 1891.

Robinson. Lupus verrucosus am Handrucken. Transactions of the pathol. Society. London 1890.

Roche (L. Ch.). Dict. de Med et de Chir. pratiques. p. 44. 1835.

Rogers (H. C.). Traitement local des adénopathies scrofuleuses. New-York. Med. Journal 25 juin 1887.

Rokitansky. Lehrbuch der Path. Anatomie 3e vol. p. 25.

Rosenstein. Vorkömmen der Tuberkelbacillen in Harn. Centralbl. f. d. Med. Wissenschr. 1883-1885.

Rosenthal. Veiterer Bericht uber die Behandlungen mit dem Koch'schen Mittel. Dermat. Vereinigung zu Berlin. 6 januar 1861.

Roser. Eléments de path. chirurgic. et de méd. opérat- Traduction française 1870.

Rostan. Etude sur le traitement comparé du Lupus. Thèse de Paris 1879.

Roux. Voir Nocard et Roux.

Rowing. Fortschr. der Médecine. 1887. 2 Heft. p. 129.

— Bullet. de la phthisie pulmonaire; novembre 1887.

Roy et Alvarez. Tuberculose de la cornée. Rev. clin. d'oculistique 1885. N° 185.

Royer. La médication de Challes. *Paris* 1891.

Saalfeld. Gut geheilter fall von Lupus. Berlin. Klin. Wochensch. 1891.

— Uber die Wirkung der Kantharidinsauren Salze bei Lupus. Berlin. Klin. Wochenschr. 1891.

Sabatier. Traitement des scrofulides cutanées et des gommes scrofuleuses chez les enfants par le raclage et les cautérisations au thermocautère.

Sachs. Beitrage zur Statistik des Lupus. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1886.

Salomonsen. Nord. med. Arkiv. XI. 1879.

Salzer. Semaine Médicale. 23 Fév. 1887. P. 75.

Sangster. Du lupus hypertrophique. Pathol. Soc. Med. Times and Gazette 1878.

— Du traitement du lupus par le grattage et les scarifications ponctuées. The Practitionner. Vol XXVII. 1888.

Sanguinetti. Giorn. ital. delle malatt. veneree e della pelle. 1887. N° 3.

Van Santwoord. Lupus of the larynx. *In* New-York path. Soc. novembre 1885. Analyse *in* Rev. des Sc. Méd. de Hayem N° 27 1886. P. 746, et *in* Ann. des mal. de l'oreille. Août 1887.

Sattler. Irish Hosp. Gaz. 1874.

Boissier de Sauvages. Nosologie méthodique ou distribution des maladies en classes. Traduit par Gouvion. Lyon 1772. 1re édition 1765.

Savy. Eruptions de la conjonctive. Thèse de Paris. 1876.

Schachmann. Portes d'entrée et voies de propagations des bacilles de la tuberculose. Archiv. de méd. génér. 1885.

Schaffer et Nasse. Tuberkelgeschwulte der nase. Deutsch. Med. Wochens. 1887.

Schaffranck. Ein fall von Lupusheilung durch Tuberkulininjectionen und gleiàhzeitige innerliche Veræbravchung von Hydrargyrum bichloratum corrosivum. Deutsch. Med. Wochenschr. 1891.

Shattuck. Tuberkulose der Haut. Transactions Path. Soc. London 1887.

Schech. Krankheiten der Mundhohle, 3, Aufl. 549. Leipzig und Wien 1890.

Schiff. Viertelj. f. Dermat, und Syphil. 1876. 247.
— Zur Behandlung des Lupus. Viertelj. f. Derm. und Syphil, 1880, P. 217.

Schimmelbusch. Mikroscopische Befunde bei Tuberkulose der Haut und der sichtbaren Schleimhaute nach Amvendung der Kochschen Mittels. Deutsch. Med. Wochenschr. 1891.

Schmidt. Ein Fall von localer Impftuberculose der Haut. Arbeiten aus der Chir. Univ. Klinik zu Leipzig N° 33. 1888.

Schiver (W). Analysé *in* Rev. Mensuelle des mal. de l'enfance. 1886 p. 182.

Schmiegelow. Tumeurs malignes primitives du nez. Revue de Laryngologie 1884.

Schmitt (X. J.) De la tuberculose expérimentale. Thèse d'agrégation 1883.

Schonlein. Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie.

Schottelius. Centralbl. f. med. Wissens. 1878.
— Virchow's Archiv. T. LXXIII, 1878.

Schrötter. Laryngologische Mittheilungen. 1875. P. 84.

Schuchardt. Die Impftuberculose des Auges, u, s, w. Virchow's Archiv. Bd. LXXXVIII, S. 28.
— Voir Krause et Schuchardt.

Schuller (Max). Experimentelle und histologische Untersuchungen uber Enstehung und Ursachen der Scrophulosen und Tuberkulosen Gelenkleiden, nebst Studien uber die tuberculose injection mit therapeutisch Wersuchen. Stuttgard 1880.
— Uber die Stellung des Lupus zur Tuberkulose. Centralbl. f. Chirurgie. 1881.

Schuller. Histologische studien uber die Micrococcen des Lupus. Centralbl. f. Chirurgie 1881.

Schutz. Behandlung des Lupus in der Anstalt f. Hautkrankeiten. Allg. Med. Centralbl. Zeitung. 1884. Kreuznach.
— Lupus hypertrophique du tronc et des membres inférieurs. Berl. klin. Wochenschr. Octobre 1885.
— Uber Lupus-Carcinom. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1885.

Schultze (F.). Aus der medicinischen Klinik. Klin. Jahrbucher 1891.

Schwartz (E). Des tumeurs du larynx. Thèse d'agrégation. Paris 1888.
— Du pansement des plaies et des ulcérations tuberculeuses avec le naphthol camphré. Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris 1889. III, 703.

Schwimmer. Zur Therapie der Schweren Lupusformen. Wien. Med. Woch. 1884.
— Tuberculose de la peau. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1887.
— Lupus exulcerans. Pester med. Chir. Presse 1886.
— Die behandlung mit Koch'scher Lymphe von Dermatologischen Standpunkte aus beleuchtt. Deutsch. Med. Wochenschr. 1891.

Seifert. Uber Nasentuberkulose. Internat. Klin. Rundschau. 1889.

Senftleben. *Voir* Wabb.

Senger. Arch. f. Klin. Chirurg. 1887. Analyse in Archiv. de Méd. Fev. 1888.

Sevestre. Deux cas de tuberculose cutanée chez des enfants. Société française de Dermat. 11 avril 1890.

Sherwell. Lupus vulgaris. The New-York dermatological Society. 1888.

Shoemaker. Emploi du jéquirity en dermatologie 1883. The Lancet.
— Treatment of scrofulous diseases of the skin. Philadelphia 1890.
— Tuberculosis of the skin. Journ. of. cut. and. vener. diseases, 1890. P. 91.

Sgrosso. Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la région sourcilière et des paupières. Giorn. delle Associazione Napoletana di medici et naturaliste 1890.

Silex. Tuberculose conjonctivale et lupus de la face Injections de Koch. Aggravation de l'état des yeux. Récidive du lupus après guérison passagère. Berlin. Klin. Wochenschr. 1890.

Simon. Hautkrankheiten, 1851. P. 295.
— Jahresber. des K. K. allg. Krankenhauses. 1866 p. 174.

de Sinéty. Traité de gynécologie, p. 99.

Siredey. Semaine Médicale. 1876.

Skerritt. Die Werwendung von Tuberkulin bei der Behandlung von Lupus und tuberculose. Brit. Med. Journ. 12 novembre 1891.

Smith (Walter). Lupus before the Irland medic. Academie. Lancet 1865.

Socin. Sur les abcès froids. Congrès français de Chirurgie. Paris 1886.

Sœmmering. De morbis vasorum absorbentium corpor s humani. 1795.

Sognès. Sur l'étiologie de la phthisie. Thèse de Paris 1868.

Sokolowsky. Gazeta Lekarska. N° 55. 1885.

Solles (E.). Influence de l'érysipèle de l'homme sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. 1888-1890.

— Congrès de la tuberculose. 1891.

Soloweitschik (E.) Tuberculose der Harn und Geschlestorgane, Urethrals Schanker simulirend. Archiv. f. Dermat. und. Syphil. 1880. Bd. I.

de la Sotta y Lastra. Différenciation clinique de la lèpre, du lupus, et du cancer dans la gorge. Revista spéciale de sifilografia y dermatologia. Juillet 1882.

Spillmann. De la tuberculisation du tube digestif. Thèse d'agrégation. Paris 1878.

Spillmann et Haushalter. Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1887.

Spina (A.). Studien uber Tuberkulose. Wien 1883.

Staub. Beitrag zur Anwendung des Tuberkulins bei Lupus erythematodes und Lupus vulgaris. Archiv. f. Dermat. und Syphilis 1891.

Stellwag. Die ophthalmologie von naturhistorichen Standpunkte arbeitt. Fribourg 1853.

Steinthal. Uber Hauttuberculose durch Inoculation und Autoinfection. Deulsch. med. Wochenschr 1888 N° 10.

Stilling. Deutsch. Archiv. f. Chir. T. 8. Bd. XII.

Stockolm. Lupus der larynx. Chicago und Journal examiner. LII. p. 674.

Stœrk. Lupus der Nase und des Rachens. Klinik der Krankheiten der Kehlkopfes. Stuttgard. 1886.

Stojenesco. Diagnostic différentiel des gommes scrofulo-tuberculeuses et des gommes syphilitiques sous-cutanées. Thèse de Paris, 1887.

Stowers (Herbert). Congrès de Cork. Treatment of Lupus, 1890.

Strauss. Soc. Méd. des Hôpitaux Paris 1885.

— La tuberculose est-elle transmissible par la vaccine. Gaz. Heb. de Méd. et de Chir. 1885.

Swiatkiewicz. Behandlung des Lupus mit der Kochschen Lymphe. Intern. Klin. Rundschau. 1891.

Stroganow. Centralb. f. Medecin. 1877. N° 48.

Sydenham, Œuvres complètes. p. 329. 1680.

Tangl (Frantz). Uber das Verhalten des Tuberkelbacillen and der Eingangsplorte.

Tansini. Injections parenchymateuses de sublimé corrosif dans le lupus. Guérison. Gaz. de Ospit. 1887, N° 47.

Tappeiner. Virch. Archiv. Bd. LXXIV. S. 393.

— Virch. Archiv. Bd. LXXXII. S. 353.

Tardièu. De la morve et du farcin chroniques. Thèse de Paris. 1845.

— Observ. de lupus laryngé, *in* ibidem.

Tardivel. Contribution à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée. Thèse de Paris 1890.

Tarnowsky (V. M.). IV[e] Congrès des Médecins russes. 21 janv. 1891.

Taylor (A.). L'éthylate de soude dans le traitement du lupus. British Méd. Journ. Oct. 1888.

Tavernier. *Voir* Leloir.

Taylor (Isaac E.). American gynecological Transactions. Vol. VI.

Taylor (R. W.). Chronic inflammation, infiltration and ulcération of the external genitals of women, with a consideration of the question of esthiomene or lupus in these parts. New-York Med. Journal. Janvier 1890.

Tenneson. Tuberculose nasale. Réun. clin. Hebdomad. des méd. de l'hôpit. St-Louis, 24 janv. 1889.

Ann. de Dermat. 1889.

Terrillon. Leçons sur les abcès froids. Progrès Médical. 8 janv. 1887.

Thaon. Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose.

Thesen. Tiidskrift f. praktisch. Medecin. D'après Virchow-Hirschfeld.

Thévenet. Sur la nature du lupus ulcéreux. Thèse de Lyon. 1891.

Thibierge. Ulcération tuberculeuse de l'anus. Tuberculose pulmonaire et intestinale. Bulletin Soc. Anat. p. 100 1883.

— Le traitement du lupus vulgaire par les injections de lymphe de Koch. Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux. 1890, p. 940.

— La Méthode de Koch au point de vue dermatologique. Annales de Dermatologie. 3[e] série, T. I, p. 941, 1890, T. II, p. 53, 1891.

— Le traitement du lupus à Berlin. Bulletins de la Société franç. de Dermatologie, 1891. La tuberculose cutanée 1891.

Thiérry. Traitement chirurgical des tuberculoses périphériques. Suites immédiates. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, p. 608.

— Thèse de Doctorat 1888.

Thilo. De la fréquence des manifestations scrofuleuses dans les familles de tuberculeux. Inaug. Dissert. Kiel 1875.

Thin. Méd. Chir. Transactions. Vol. LXVIII. 1870.

— Anatomie pathologique du Lupus, Lancet 7 juin 1889

Thiry. Leçon clinique sur un cas de Lupus, recueillie par le Dr E. Dubois. Presse médicale Belge, 1888.

Thoma. Archives de Virchow. T. 65.

Thuau. Essai sur le traitement des abcès froids tuberculeux. Thèse de Paris. 1887.

Tiquet. Archives générales de médecine. Mai 1876.

Tobold. Laryngoskopie und Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1874. P. 307.

Toledo y Hernandez. Rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. Thèse de Paris 1887.

Torkomian. La conséquence d'une inoculation par piqûre anatomique du virus tuberculeux. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose. 1888.

Tournier. Province médicale. 6 avril 1889.

— Tuberculose de la peau inoculée par le tatouage. Lyon médical 1889.

Toussaint. Académie des sciences. 7 nov. 1881. Gaz. de Paris. Vol. 48. 1881.

Trasbot et Quinquaud. Annales de Dermatologie. 1891.

Trélat. Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.

— Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche et en particulier de la langue. Archiv. Génér. de Méd. 1870.

Trendelenburg. Deustch. Chirurgisch. Congress, herausgegeben von Billroth and Luecke. Lief. 33. erste Halfte. P. 137. 1886.

Trèves. The treatment of scrofulous glands. Lancet. London 1866.

Trousseau (A). Inoculation de lupus conjonctival dans l'œil du lapin. Réun. clin. hebdomad. des Med. de Saint-Louis. 11 avril 1889. Annales de Dermatologie 1889.

Tscherning. Fortschitte der Medecin 1885. P. 65.

— Sur deux cas d'inoculation tuberculeuse chez l'homme. Traitement préventif de la tuberculose. Congrès intern. pour l'étude de la tuberculose. 1888.

Tuffier. Un fait d'inoculation tuberculeuse chez l'homme. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. 1888. P. 233.

Tulpius. Obs. 55. Cap. 8.

Turck (Ludw.). Atlas zur Klinik des Kelkhopkrankheiten. Wien 1886. Pl. XX. Fig. 6.

— Klinik der Krankheiten des Kehlkhopfes. Wien 1886. P. 426.

Uckermann. Norsk. Mag. f. Lœgensdenk. 3, R. XIX. S. 651. 1884. Referate : Schmidt's Jahrbucher, Bd. 205. S. 246.

Unna. Die ziele und resultate der neueren Lupusbehandlung. Monatshefte fur praktische Dermatologie. Avril 1884, nos 2 et 3. Analyse par Besnier *in* Annales de Dermatologie. Avril 1884.

— Medicamentose Behandlung des Lupus. — Aertzlisches Vereinblatt. 1886.

— Tuberkulöse eczem, Monatsh. f. Praktisch. Dermat. 1886.

— Zur Lupusbehandlung. Monatsh. f. Praktisch. Dermat. 1888.

— Uber Plasmazellen ins besondere beim Lupus. Monatsh. fur praktisch. Dermatol. Avril 1891.

— Uber die Verwendung des Tuberkulins bei der Lupus behandlung und einige neue Mittel gegen Lupus. Monatsh. f. praktische Dermatologie. 15 avril 1891.

— Uber autotuberkulinisation bei Lupus. Berlin. Klin. Wochensch. 1891. N° 25.

— Die Einwirkung von Carbolsaure und Nelkenol auf Lupus gewebe. Monatsh. f. praktische Dermat. 25 octobre et 1er novembre 1891.

Ussass. Die Tuberkulin Koch. Verhandlungen der russischen syphilido-dermatologischen Gesellschaft in Saint-Pétersburg. 6 avril 1891.

Valdeyer. Virchow's Archiv. Bd. 50.

Valerius. Bullet de la Soc. de Méd. de Gand. Arlon 1857.

Vallas. Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse de Lyon 1887.

Vallat (M.) Fibrinose oder hyaline dégénération in Tuberkel und gummi. Archiv. de Virchow. 1882.

Vallin. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux. 1886.

Valude. De la tuberculose oculaire. Etudes expérimentales de l'inoculation tuberculeuse des parties baignées par les larmes. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose. 1887.

Variot. Tuberculose des lèvres. Paris Médical 1889.

Vauce. Treatment of cold abcess, with three illustrative cases. Louisville. Med. News. 1885. XIX, 100.

Verdié. Mémoires et nouvelles observations sur les effets du muriate de baryte dans les affections scrofuleuses. Soc. de Méd. de Paris 1797.

Veiel. Mittheilungen uber die Behandlung der chronischen Hantkrankheiten, in der Heilanstatt Canstatt. Stuttgart 1862. p. 104.

— Uber Lupus erythematos. Archiv. de Virchow. Bd. 55. P. 100 1872.

— Zurtherapie und lupus erythematosus. Viertelj. f. Derm. 1873.

Velpeau. Dict. Encyclopédique. Art. Adénite T. I.

Verchère. Des portes d'entrée de la tuberculose. Thèse de Paris 1884.

VERGHÈRE. D'un nouveau traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose. 1887.

— Revue de Chirurgie 1887.

— Tubercule anatomique produit par la morsure d'un sujet tuberculeux. Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose 1887.

TERRIER ET VERCHÈRE. De la synovite tendineuse tuberculeuse. Revue de Chirurgie 1882.

VERMEIL. Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeux. Thèse de Paris. 1880.

VÉRING. Manière de guérir la maladie scrofuleuse. In-f° Vienne 1832.

VERNEUIL. Tumeurs gommeuses de la région inguinale. Archiv. génér. de Médecine 1871.

— L'influence de la diathèse tuberculeuse, goutteuse ou autre sur la syphilis. — Transactions of the internat. Méd. Congress London 1881. 2 Bf. p. 383 and following.

— De l'aggravation des propathies. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1883 p. 150 et suivantes.

— Cas d'inoculation probable pendant une autopsie. Bull. Acad. Méd. 1884.

— Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé. Revue de Chirurgie. 1886, p. 476.

— Ulcérations tuberculeuses sur les moignons d'amputation. Etudes cliniques et expérimentates sur la tuberculose. 1887.

— Remarques sur la généralisation tuberculeuse après l'ablation d'un tubercule initial local. 1887, p, 238.

— Du traitement préopératoire. 1887.

— Sur le traitement post-opératoire. 1887, p. 663.

— Un mot sur le tubercule anatomique. 1887, p. 645.

— De la lymphe du Pr R. Koch dans le diagnostic des tuberculoses chirurgicales. Paris 1891,

VERNEUIL ET CLADO. Diagnostic des lésions tuberculeuses douteuses par l'inoculation intra-péritonéale au cobaye. Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose, 1888.

VIDAL (E.). Traitement du lupus par les scarifications linéaires. Progrès Médical. N° 47, p. 922. 1879.

— Traitement du Lupus. Paris 1880.

— Du traitement chirurgical des maladies de la peau. France médicale 1881.

— Scrofule et tuberculose. Soc. Méd. des hôpitaux. Mars 1881.

VIDAL (E.). Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. Annales de Dermatologie. 1882.

— Lupus scléreux. Annales de Dermatologie. 1884.

— Ulcérations phagédéniques de nature douteuse. Atlas internat. des maladies rares de la peau. 1890.

— Traitement du lupus par la méthode de Koch. Bulletins de la Soc. française de Dermatologie, 1891.

— *Voir* Leloir.

VILLEMIN. Cause et nature de la tuberculose. Bulletins de l'Académie de Médecine. 5 déc. 1865.

— Etudes sur la tuberculose. Paris 1868.

— De la virulence et de la spécificité de la tuberculose. Bulletins de l'Académie de Médecine. Août 1868.

— Sur l'inoculabilité de la tuberculose. Gaz. Hebd. 22 décembre 1875.

VILLEMIN. Thèse de Paris. 1888.

VILLIGK. Prag. Viertelj. Bd XXXVIII. S. 4. 1853.

VIRCHOW. Die tuberculose in ihrer Beziehung, zur Entzündung mit Scrofulose und Typhus. Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft. Vürzburg 1850, 51.

— Archiv. de Virchow. T. 32. Fasc. I. 1865.

— Die krankhaften Geschwulste. 2e vol. p. 493. Berlin 1864-1865.

— Granulations geschwulste. Vorlesung 20. Ankologie II. S. 385.

— Uber Pachydermia laryngis. Berl Klin. Woch, 1887. P. 589.

VOGUET. Contribution à l'étude de la dactylite strumeuse infantile. Thèse de doctorat. Paris 1877.

VOLKMANN. Uber den Lupus und seine Behandlung. Klin. Vortrage 1870. Nr. 13. P. 64. Viertelj. f. Derm. und Syphil.

— Beitrage zur Chirurgie. Nr 46. P. 287. 1873. citirt efter Bayha.

— Die perforirende tuberculose der Knochen des Schadeldaches.Centr. f. Chir. 1880. Nr 1.

— Verhandlungen des XIV Deutsch. Chir. Congress 1890.

VOLTOLINI. Die Krankheiten der Nase. Breslau 1888.

WABB ET SENFTLEBEN. Cité par Conheim. Pathologie générale. P. 235.

WAHL. Uber den gegenwartigen Stand der Erblichkeisfrage in die Lehre von tuberkulose. Deut. med. Wochenschr. 1885. P. 3.

— Mittheilungen eines Falle von Inoculations. Tuberkulose nach Amputation des Unterarmes. Centralbl. f. Chirurgie, 1886. N° 24.

WALDENBURG. Die locale Lupusbehandlung. Berlin 1872.

WEBER. Angine ulcéro-tuberculeuse avec hypertrophie considérable des ganglions lymphatiques. Tuberculose miliaire. Bulletins. Soc. Anatomique. Janvier 1884.

WEBER (O). Chirurgische Erfahrungen. *Berlin* 1859. P. 293, 294, 295.

— Uber die Behandlung des Morb. Addisonii mit Tuberculin. Berl. Klin. Wochen. 1891.

— Abdr. Labth. I L, f g. 1865.

WEDL. Grundzüge der Pathol. Histologie. *Wien* 1854.

WEENEY. Histologie des tissus tuberculeux après le traitement de la tuberculose. Roy. Acad. of Med. Ireland. 3 avril 1891.

WECUS. (J. V.) Diss. Inaug. Bonn 1875.

WEICHSELBAUM. Wien. Med. Wochenschr. 1884. N° 6 und 7.

WEIGERT. Die Wege des Tuberkelgiftes zu deu Serosen Hauten. Deutsch. Med. Wochenschr. 1883.

— Die verbreitung des Tuberkelgiftes nach dessen Eintritt in den Organismus Jahrbuch. fur Kinderheilkunde 1884.

— Uber Entzundung. Eulenburg's Realencyclopedie. Virch. Archiv. B. P. LXXVII.

— Uber Venentuberkel und ihre Beziehungen zur tuberculosen Blutinfection. Virchow. Arch. Bd. LXXXVIII, S. 307.

WELTER. Inaug. dissert. *Berlin* 1884.

WENK. De exemplis nonnullis carcinomatis épithelialis exorti in cicatrice post lupum exedentem relictâ. Kiel 1867. Viertelj. Derm. und Syphil. 1884.

WERHNER. Handbuch der Allgemeinen und Speciellen Chirurgie. T. II, p. 318.

WEST. Maladies des femmes. Traduction Mauriac.

WHITE. (J. C.) The treatment of lupus with the Parasiticids. Boston Med. und. Surg. Journ. 1885.

— On struma. P. 107.

— Clinical aspects and etiological relations of cutaneous tuberculosis. Reprinted from the Bost. Med. and Surg. Journ. Nov. 1891.

WICHMANN. De l'emploi de l'acide lactique dans le Lupus. Tidschrift f. prak. Med. Janvier 1887.

WILSON (ERASMUS). On skin diseases. *London* 1863, p. 312.

— On skin diseases. *London* 1887, p.417.

WINCKEL. Fait de lupus exubérant des nymphes. Winckel's Bericht und Stud. *Leipzig* 1876.

WINTERNITZ. Uber den Einfluss des Erysipels auf Lupus. Prager Med. Wochenschr. 1887.

WINTERNITZ. Ein Fall von Lupus Carcinom. Viertelj. f. Derm. und. Syphil. 1887.

WISSOKOWITCH. Zeitschr. fur Hygiene 1886. T. 1. p. 3.

WHITTE. A treatise on struma or scrofula, commonly called the king's evil. *London* 1784.

WOJTASIEWICZ. Essai sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale. Thèse de Paris 1886.

WOLF (MAX). Virchow's Archiv. 1886. T. CV. p. 192.

WOOTEN. Experimental researches upon tuberculosis und scrofula. Dublin. J. M. Sc. 1885.

YADASSOHN. Uber Inoculations lupus. Archives de Virchow. 1891.

YANOWSKI. Uber die Behandlung der Hautkrankheiten mit Unnaschen Salben und Pflastermullen, Monatsh. f. Prakt. Dermat. 1885.

YARISCH. Med. Wien. Jahrbucher 1879. J. 514.

— Ein Fall von tuberculose. Wien. Med. Presse 1879.

— Uber die structur des luposen Gewebe. Viertelj. f. Derm. und Syphil. 1880.

— Tuberkulose der Haut und Lupus. Wien. Med. Bl. 1881.

— Uber die Behandlung des upus vulgaris. Centrabl. für die Ges. Thérapie. Août 1890.

YEATS (W). Sur un cas d'impétigo figurata simulant le lupus. The Lancet. 3 août 1878.

YERSIN. Etude sur le développement du tubercule expérimental. Thèse de Paris 1884.

YUFFINGER. Wien. Klin. Wochenschr. 1889.

ZEISLER (J). North american Practitionner. Mars 1889.

ZEISSL. Wien. Med. Zeitschr. 1878.

— Annales T. X. 1878-1879.

— Cas de végétations papillaires développées sur un lupus. Viertelj. f. Derm. p. 251, 1880.

ZIEGLER. Lehrbuch d. pathol. Anat. u. s. w. 1882.

ZIEHL. Zur Farbung des Tuberkelbacillus. Deutsch. Med. Wochenhscr. 1882.

ZILGIEN. Sur un nouveau mode de traitement du lupus ulcéreux. Bulletin Médical. 13 janvier 1892.

ZILLWEGER. Ulcère tuberculeux de la peau du mem- inférieur. Poumon sain. Correspond. Blatt. f. Schweizer Aertze. 1er mai 1880.

ZWEIFEL (M). Lupus de l'utérus. Congrès de Brême. septembre 1890. Section de Gynécologie.

ZWEIGBAUM. Ein Fall von tuberkuloser ulceration der vulva, vagina und der portio vaginalis utéri. Berlin. Klin. Wochensch. 1881, p. 443.

TABLE DES MATIÈRES

COMPLICATIONS DU LUPUS

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INOCULATION DES PRODUITS SCROFULO-TUBERCULEUX

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DU LUPUS

TABLEAUX STATISTIQUES

RELATIFS A LA SCROFULO-TUBERCULOSE

RENFERMÉS DANS CE LIVRE AVEC LE NUMÉRO DE PAGE CORRESPONDANT

ÉNUMÉRATION DES FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

AVEC LE NUMÉRO DE PAGE CORRESPONDANT

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I

Figure 1. — Cette figure représente un lupus tuberculeux saillant nodulaire, non exedens datant de 10 ans, chez une jeune femme de 22 ans.

Figure 2. — Cette figure représente un lupus tuberculeux en partie exedens, en partie cicatrisé à marche serpigineuse datant de 15 ans, chez une jeune femme de 35 ans. Les paupières inférieures sont en ectropion. Les cornées sont devenues opaques.

Figure 3. — Cette figure représente un lupus ulcéreux végétant (lupus exubérant de Fuchs) du nez. Au niveau de la moitié droite du nez, la croûte épaisse qui recouvre les végétations lupeuses a été conservée. Sur les joues, il existe à droite et à gauche des foyers de lupus tuberculo-croûteux en voie d'évolution ou cicatrisés. Ce lupus développé chez une jeune fille de 17 ans, datait de 4 ans.

Figure 4. — Cette figure représente un lupus vorax du centre de la face avec ses croûtes épaisses chez une jeune fille de 20 ans. Il date de 4 ans.

Fig 1



Fig 2



Fig. 3



Fig. 4



Pl. II.



Karmanski et Leuba ad nat. del. et lith. Imp. Edouard Bry, Paris Leuba lith.

PLANCHE II

Figure 1. — Cette figure représente un lupus scléreux, papillomateux, à croûtes plâtreuses développé sur la face dorsale de la main et des doigts chez un homme de 30 ans.

Il date de 10 ans.

Figure 2. — Cette figure représente un lupus tuberculo-croûteux exedens à marche serpigineuse, développé sur la fesse d'un jeune homme que j'ai soigné à l'hôpital Saint-Louis, et dont le moulage se trouve au musée de cet hôpital. On remarquera l'aspect boursouflé que présente la cicatrice consécutive à la marche excentrique du lupus ; les nombreux tubercules de récidive à différents degrés de développement qui se trouvent dans cette cicatrice ; le bourrelet tuberculo-croûteux d'envahissement de ce lupus serpigineux indiqué à la lettre *c*.

Figure 3. — Cette figure représente l'oreille et les régions avoisinantes d'un sujet atteint de lupus hypertrophique. En un point ce lupus s'est ulcéré et l'ulcération superficielle, en vésicatoire, présente un aspect pultacé particulier. On remarquera l'hypertrophie énorme de l'oreille. On remarquera également en C, une cicatrice d'écrouelles entourée de nodules lupeux. Ce lupus date de 6 ans. Son porteur est un jeune homme de 18 ans.

Figure 4. — Cette figure représente 3 placards de lupus scléreux très légèrement papillomateux rappelant le lichen plan, datant de 5 ans développé chez un homme de 30 ans.

PLANCHE III

Figure 1. — Cette figure représente un lupus vulgaire érythématoïde datant de 8 ans, développé chez une femme de 53 ans.

Figure 2. — Cette figure représente des placards multiples de lupus vulgaire psoriasiforme disséminés, ayant débuté à l'âge de 7 ans, chez un jeune homme âgé de 22 ans. Toute la surface cutanée était mouchetée de placards analogues s'élevant au nombre incroyable de 110.

Figure 3. — Cette figure représente un placard de lupus scléreux (variété plane profonde développé sur la région antérieure de l'avant-bras d'un homme de 30 ans. Le centre du placard qui suit une marche excentrique est cicatrisé. Ce placard lupeux daterait de 10 ans.

Figure 4. — Cette figure représente la jambe et le pied d'un sujet atteint de lupus très ancien des membres inférieurs. On remarquera l'aspect éléphantisiaforme de ce membre, les ulcérations à fond lardacé dont il est parsemé, les déformations prononcées des orteils dont tous les ongles néanmoins sont conservés.

Figure 5. — Cette figure représente les lésions de la lèvre supérieure et des gencives chez une malade de 19 ans, atteinte depuis 4 ans, de lupus du nez, de la lèvre supérieure, des gencives, de la voûte palatine et du voile du palais.

Pl. III.



Karmanski et Leuba, ad nat. del. et lith.

Pl. IV.



Karmanski et Leuba ad nat. del et lith. Imp Edouard Bry, Paris. Leuba, lith.

PLANCHE IV

Figure 1. — Cette figure représente le membre supérieur à sa région antérieure, d'un malade qui, consécutivement à un lupus scléreux du dos de la main et des doigts représenté dans la figure 2, fut atteint de lymphangites scrofulo-tuberculeuses ayant déterminé sur leur trajet, la production de gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques et hypodermiques, de tubercules lupeux disposés en bandes ou en anneaux serpigineux et bordant dans certains cas des cicatrices de gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques, d'adénopathies scrofulo-tuberculeuses.

On remarquera en *l*, les tubercules lupeux, en *a* les gommes scrofulo-tuberculeuses dermo-hypodermiques, en *g* les gommes scrofulo-tuberculeuses profondes.

Ces lésions développées chez un sujet âgé de 20 ans avaient débuté vers l'âge de 6 ans.

Figure 2. — Cette figure représente la face dorsale de la main et du poignet envahie par un lupus scléreux papillomateux du sujet précédent. Ces lésions avaient débuté par l'index vers l'âge de 6 ans.

Figure 3. — Cette figure représente un larynx envahi par le lupus, vu au laryngoscope. L'épiglotte, la corde vocale droite et les replis aryténo-épiglottiques, sont couverts de nodules lupeux. La malade, âgée de 16 ans, était atteinte en outre de lupus du nez et de la lèvre supérieure, de lupus des gencives, du voile du palais et de lupus de la langue. Le lupus du nez avait chez elle débuté à l'âge de 7 ans.

Figure 4. — Cette figure représente 2 tubercules lupeux développés sur le pilier antérieur gauche du voile du palais de la malade précédente.

Figure 5. — Cette figure représente la langue atteinte de lupus scléreux de la malade précédente.

PLANCHE V

Figure 1. — Cette figure représente un lupus demi-scléreux datant de 6 ans, chez une jeune fille de 20 ans. Ce lupus demi-scléreux a envahi les joues, le nez, la lèvre supérieure, les régions sourcilières. On remarquera au niveau des régions sous-maxillaires, des cicatrices de gommes scrofulo-tuberculeuses ganglionnaires. Ce lupus récidive avec une opiniâtreté excessive.

Figure 2. — Cette figure représente des nodules lupeux bordant des cicatrices de gommes scrofulo-tuberculeuses, au niveau de la région parotidienne et sous-maxillaire droite. Les gommes scrofulo-tuberculeuses sont apparues il y a 7 ans 1/2.

Le jeune homme était âgé de 20 ans.

On remarquera au niveau de l'angle de la mâchoire 2 tubercules saillants non exedentes.

Figure 3. — Cette figure représente un lupus vulgaire érythématoïde datant de 9 ans, chez une femme âgée de 62 ans.

Figure 4. — Cette figure représente un lupus serpigineux non exedens disséminé, chez un homme de 52 ans (voir l'observation de la page 53). Ce lupus aurait débuté à l'âge de 32 ans et avait ravagé les 3/4 de toute la surface cutanée de la façon la plus épouvantable. Les muqueuses de ce malade était absolument intactes.

On remarquera les cicatrices bridées du cou et du menton, qui empêchent tout mouvement d'extension et de latéralité de la tête et qui ont déterminé un ectropion prononcé de la lèvre inférieure.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Helio[illegible] Richert, Paris

Fig. 4.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Heliog. Ruckert, Paris

Fig. 4.

PLANCHE VI

Figure I. — Cette figure représente un lupus myxômateux hypertrophique de la joue gauche, de l'oreille gauche et du cou. On remarquera l'hypertrophie de l'oreille infiltrée par le lupus myxômateux. Ce lupus développé chez une femme de 34 ans datait de 25 ans.

Figure 2. — Cette figure représente la malade guérie absolument au bout de 2 mois par le traitement que j'emploie habituellement et que je décris en détail au chapitre : Thérapeutique (raclage suivi d'applications ultérieures d'agents caustiques et parasiticides, etc). On remarquera la perfection de la cicatrice.

Figure 3. — Cette figure représente un lupus ulcéreux profond (tuberculo gommeux et croûteux, fortement croûteux et hypertrophique) du nez et de la lèvre supérieure. Ce lupus développé chez une jeune fille de 17 ans datait de 2 ans.

Figure 4. — Cette figure représente la malade guérie absolument au bout de 2 mois par le traitement que j'emploie habituellement et que je décris en détail au chapitre : Thérapeutique (raclage suivi d'applications ultérieures d'agents caustiques et parasiticides.)
On remarquera la perfection de la cicatrice.

PLANCHE VII

Figure 1. — Cette figure représente une malade âgée de 25 ans, atteinte d'un lupus colloïde symétrique des 2 joues. Ce lupus datait de l'enfance. Il avait été pris par un chirurgien pour un nœvus symétrique de la face.

Figure 2. — Cette figure représente un lupus tuberculo-croûteux de la joue gauche, développé chez un jeune homme âgé de 17 ans. Ce jeune homme présentait en outre des tubercules lupeux développés au pourtour de cicatrices, consécutifs à des gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques et ganglionnaires de la région sous-maxillaire gauche. Les gommes ganglionnaires ont débuté à l'âge de 8 ans.

Le lupus a débuté à l'âge de 9 ans.

Figure 3. — Cette figure représente un lupus tuberculo-gommeux ulcéré de la joue gauche chez un jeune homme âgé de 20 ans.

Le lupus a débuté à l'âge de 10 ans.

Figure 4. — Cette figure représente un lupus tuberculo-croûteux exedens, serpigineux du côté gauche de la face, de l'oreille et de la région sous-maxillaire gauche, développé chez un homme de 37 ans. Ce lupus datait de 7 ans. On remarquera la déformation de l'oreille rongée en partie par le lupus.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Heliog. C. Ruckert _ Paris

Fig. 4.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



Héliog. C. Ruckert _ Paris

Fig. 6.

PLANCHE VIII

Figure 1. — Cette figure représente le côté gauche de la face atteint de lupus tuberculo-croûteux, d'une femme âgée de 36 ans, atteinte en même temps de lupus non exédens du nez et d'un vaste épithéliome de la joue droite, développé sur une ancienne cicatrice de lupus. Le lupus datait de 11 ans. L'épithéliome datait environ de 2 ans.

Figure 2. — Cette figure représente le côté de la face de la malade précédente, atteint d'épithéliome développé sur une ancienne cicatrice de lupus. Il existe encore quelques nodules lupeux peu visibles dans la cicatrice sur laquelle s'est développé l'épithéliome. L'aile droite du nez est également infiltrée de lupus non exédens. La malade a été opérée de son épithéliome et a guéri, sans récidive depuis 4 ans, de cette affection. Il en est de même de son lupus qui fut traité par le raclage et l'application ultérieure d'agents caustiques et parasiticides, d'après la méthode que j'indique à la fin de ce livre.

Figure 3. — Cette figure représente une gomme scrofulo-tuberculeuse ganglionnaire, développée secondairement à une lymphangite scrofulo-tuberculeuse, consécutive à un lupus scléreux papillomateux de la région malléolaire de la face externe du pied, chez un jeune homme âgé de 14 ans. Le lupus du pied datait de 6 ans. La gomme scrofulo-tuberculeuse ganglionnaire de la région inguino-crurale, s'est montrée 5 ans après l'apparition du lupus du pied.

Figure 4. — Cette figure représente le pied atteint de lupus scléreux du malade précédent. Ce lupus scléreux était indépendant de toute lésion osseuse et s'était développé primitivement dans la peau.

Figure 5. — Cette figure représente la face dorsale de la main d'une malade atteinte de lupus demi-scléreux papillomateux superficiel, à tendance suppurative (tuberculosis verrucosa cutis). La malade était âgée de 34 ans. Le lupus avait chez elle débuté à l'âge de 24 ans. L'affection demeura exclusivement limitée à la peau, sans aucun retentissement sur le système ganglionnaire.

Figure 6. — Cette figure représente un énorme pseudo-éléphantiasis scrofulo-tuberculeux du pied, de la jambe et de la cuisse gauche, secondaire à des lymphangites scrofulo-tuberculeuses consécutives à un lupus tuberculo-croûteux et à des gommes scrofulo-tuberculeuses du membre inférieur gauche chez un jeune homme âgé de 17 ans.

Voir l'observation de la page 190. Cette photographie m'a été communiquée par M. le Dr Ricochon de Champdeniers (Deux-Sèvres).

PLANCHE IX

Figure 1. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{30}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus tuberculeux non exedens.

On remarquera dans cette préparation, que l'infiltration a envahi, soit sous forme diffuse, soit sous forme nodulaire, tout le derme ou une partie de l'hypoderme.

e, couche cornée sous laquelle il n'existe pas de couche granuleuse, comme cela s'observe dans les processus de dékératinisation aboutissant à l'exfoliation de l'épiderme. Il s'agit ici en effet d'un lupus non exedens exfoliatif.

m, corps de Malpighi légèrement hypertrophié et dont les prolongements interpapillaires plus longs et plus larges qu'à l'état normal sont anastomosés en plusieurs points.

i, *i*, infiltrat lupomateux nodulaire.

l, infiltration lupomateuse diffuse et en bandes.

e, infiltration lupomateuse en bandes. Lymphangite lupeuse suivant le trajet des fentes lymphatiques de la peau.

d, derme infiltré d'une façon diffuse par l'infiltrat lupomateux. Lymphangites lupeuses suivant les trajets des fentes lymphatiques de la peau.

h, Hypoderme (tissu cellulaire adipeux sous-cutané), envahi par l'infiltration lupomateuse.

r, cellule géante.

v, vaisseau sanguin dilaté, entouré d'un manchon d'infiltrat lupomateux.

Figure 2. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{60}{1}$

Cette figure représente la coupe d'un nodule lupeux situé au niveau de la région moyenne du derme, et l'envahissement du tissu conjonctif ambiant par l'infiltrat lupeux.

On constate que le gros nodule clinique est constitué par la réunion d'un certain nombre de petits nodules histologiques entre lesquels on trouve disséminées des cellules embryonnaires.

t, tissu conjonctif plus ou moins envahi et dissocié par l'infiltration lupomateuse diffuse.

i, gros nodule lupeux résultant de la confluence des nodules primaires.

d, faisceaux du derme dissociés par l'infiltrat lupeux.

Figure 3. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{45}{1}$

Cette figure représente une coupe de peau dans un cas de lupus non exedens à gros tubercules.

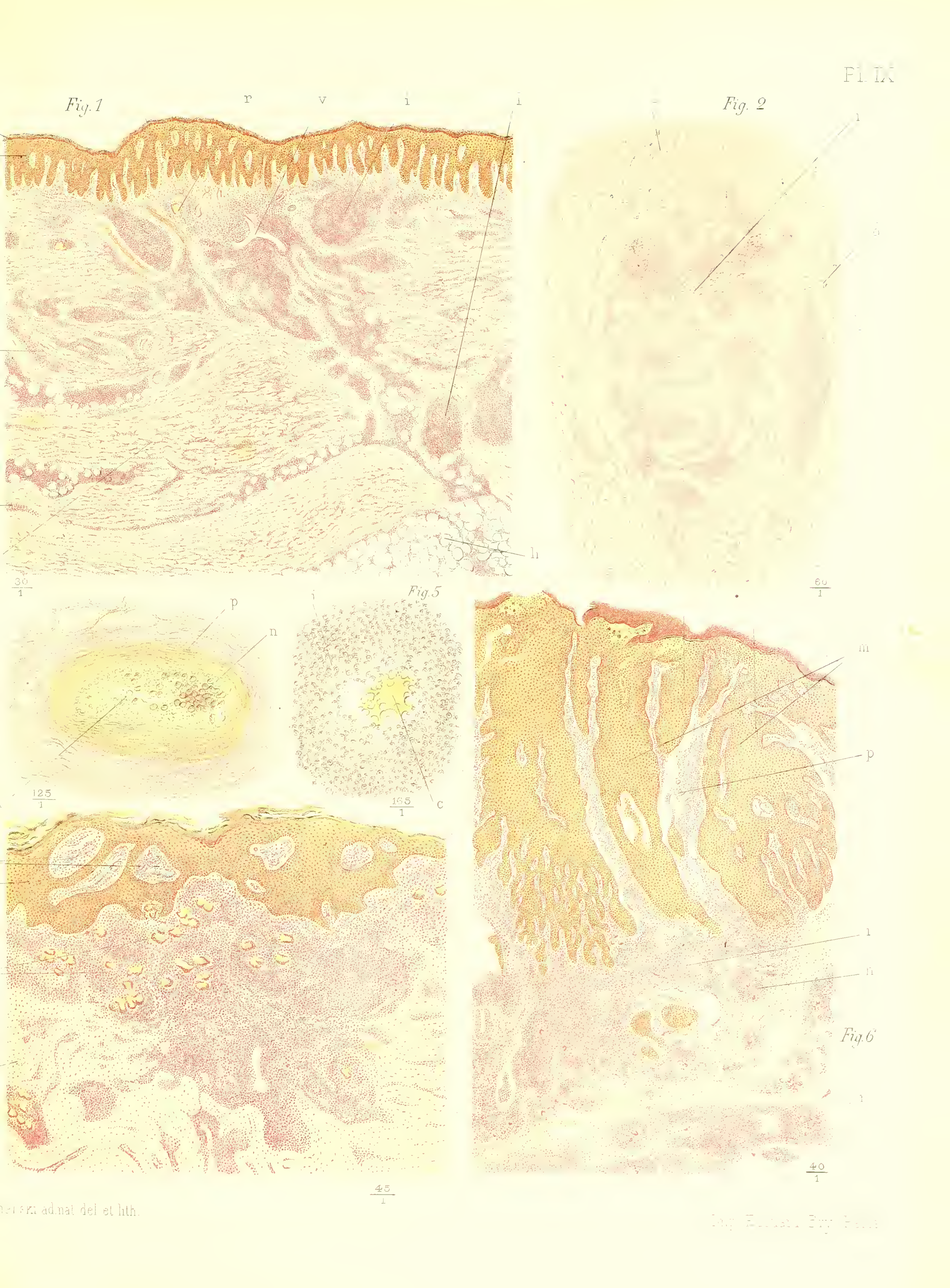
On remarquera dans cette figure l'hypertrophie du corps de Malpighi ; la superficialité et le volume des grosses masses lupomateuses ; l'abondance des cellules géantes groupées ou isolées ; les lymphangites lupeuses qui se font suivant le trajet et les fentes lymphatiques du derme ; la dilatation des vaisseaux sanguins qui sont entourés de véritables manchons de cellules embryonnaires ou d'infiltrats lupomateux.

p, papille du derme hypertrophiée renfermant des vaisseaux dilatés.

l, corps de Malpighi hypertrophié dont les prolongements interpapillaires sont pour la plupart anastomosés.

i, grosse masse d'infiltration lupomateuse renfermant une grande quantité de cellules géantes.

t, derme dont les trajets et fentes lymphatiques sont dilatés par l'infiltration lupomateuse (Lymphangite lupeuse).



ad nat del et lith.

Figure 4. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{125}{1}$

Cette figure représente la coupe d'une artère située dans la peau (région moyenne du derme) au voisinage d'un infiltrat lupeux, dans un cas de lupus tuberculo-gommeux.

On remarquera les altérations des gaines externe et moyenne de cette artère ; l'altération de l'endothélium vasculaire et la prolifération de cet endothélium ; l'obstruction de la lumière vasculaire résultant de cette endartérite.

p, paroi externe du vaisseau.
l, endothélium vasculaire altéré, granuleux, qui obstrue presque complètement la lumière du vaisseau.
n, noyaux proliférés de l'endothélium vasculaire.

Figure 5. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{165}{1}$

Cette figure représente la coupe d'un vaisseau sanguin situé au milieu de l'infiltrat lupomateux d'un lupus tuberculo-gommeux.

On remarquera que la lumière de ce vaisseau se trouve en partie oblitérée par une masse colloïde résultant probablement d'une dégénérescence de l'endothélium vasculaire.

i, infiltrat lupomateux.
c, masse colloïde obstruant une partie de la lumière du vaisseau.

Figure 6. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{40}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus vulgaire papillomateux de la peau, remarquable par l'hypertrophie énorme des prolongements épithéliaux interpapillaires, par leur prolifération excessive, qui pourrait à un examen non minutieux faire croire que l'on se trouve en présence d'une coupe d'épithéliome pavimenteux de la peau (lupus vulgaire épithéliomatoïde).

prolongements interpapillaires excessivement hypertrophiés et le plus souvent anastomosés du corps de Malpighi.
p, papille dermique excessivement hypertrophiée et renfermant des vaisseaux sanguins.
i, infiltration lupomateuse diffuse.
n, lupome nodulaire renfermant 2 cellules géantes.
n, lupome nodulaire renfermant une cellule géante.

PLANCHE X

Figure 1. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{50}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus tuberculo-gommeux de la peau, non encore ulcéré.

On remarquera la dégénérescence du derme sus-jacent à la grosse masse d'infiltration lupomateuse; l'aplatissement des papilles du derme; les infiltrations lupomateuses qui suivent le trajet des vaisseaux du derme et des espaces lymphatiques de celui-ci.

c, couche cornée en train de s'exfolier.
g, couche granuleuse atrophiée et dont les cellules sont très peu chargées d'éléidine.
m, corps de Malpighi dont les prolongements interpapillaires sont presque complètement atrophiés.
p, derme dégénéré et infiltré qui recouvre et entoure la masse d'infiltration lupômateuse.
r, cellule géante.
k, grosse masse d'infiltration lupomateuse (tuberculo-gommeuse).
l, infiltration lupomateuse diffuse suivant le trajet des vaisseaux.

Figure 2. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{30}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus tuberculo-gommeux de la peau en train de se nécroser, pour constituer des cavernes tuberculo-gommeuses.

e, épiderme fortement aminci, atrophié, corrodé, en train de disparaître.
c, masse lupomateuse, en partie nécrosée, prête à s'ouvrir bientôt à l'extérieur.
g, *g'*. grosses masses lupomateuses.
l, infiltration lupomateuse suivant le trajet des vaisseaux.

Figure 3. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{45}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus scléreux (variété plane profonde).

On remarquera : l'épaississement et la tendance à l'hyperkératinisation de l'épiderme; l'aspect particulier que présente le derme cutané envahi par le lupus scléreux.

c, couche cornée fortement épaissie.
g, couche granuleuse hypertrophiée et très riche en éleidine.
m, corps de Malpighi.
d, derme envahi par le lupus scléreux.

Figure 4. — *Préparation colorée par la méthode d'Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{400}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus exedens de la peau.

On remarquera : les cellules géantes situées au milieu de l'infiltrat lupomateux et leurs belles couronnes de cellules épithélioïdes; les bacilles tuberculeux, exceptionnellement nombreux pour le lupus, qui siègent dans l'intérieur ou au voisinage de ces cellules géantes; les micrococci de la suppuration disséminés dans l'infiltrat lupeux surtout au voisinage des fentes lymphatiques.

c, *c'* *c''* *c'''*, cellules géantes renfermant des bacilles tuberculeux.
m, *m'*, micrococci de la suppuration.

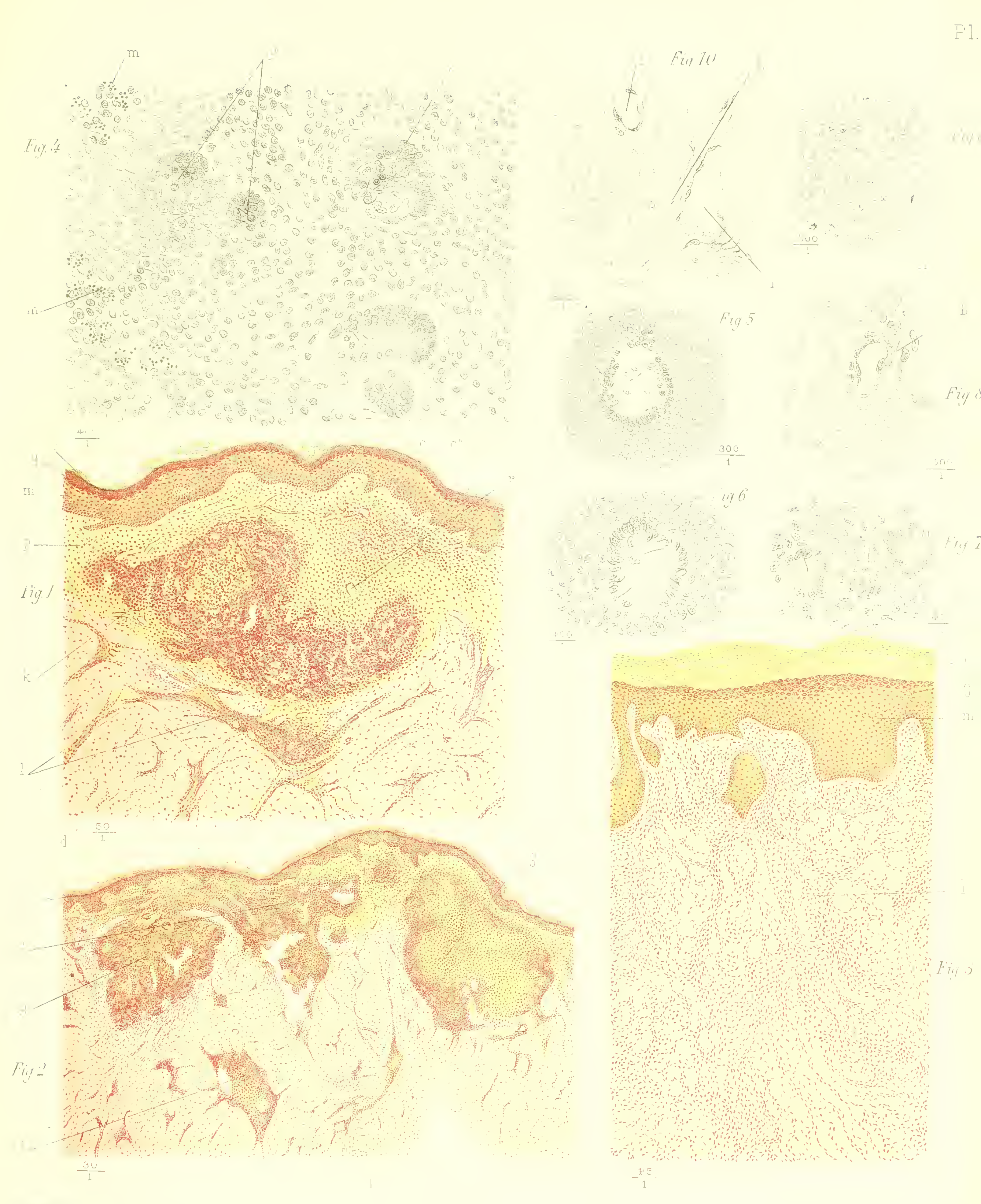

Pl.
Fig. 4
m
Fig 10
Fig 5
Fig 8
Fig 6
Fig 7
Fig. 1
Fig 2
Fig 3

Figure 5. — *Préparation colorée par la méthode d'Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{300}{1}$

Cette figure représente le centre d'un nodule lupeux primaire dans un cas de lupus vulgaire non exedens de la peau.

On remarquera : la grosse cellule géante située au centre du lupôme primaire et sa couronne de cellules épithélioïdes. Cette cellule géante renferme 1 bacille de la tuberculose.

Figure 6. — *Préparation colorée par la méthode d'Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{450}{1}$

Cette figure représente une cellule géante située au milieu d'un infiltrat de lupus myxomateux de la peau.

On remarquera : la couronne épithélioide de cette cellule géante et les 2 bacilles de la tuberculose qu'elle renferme.

Figure 7. — *Préparation colorée par la méthode d'Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{450}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus vulgaire érythématoïde.

On remarque la présence de 2 cellules géantes au niveau ou au voisinage desquelles se trouvent des bacilles tuberculeux.

Figure 8. — *Préparation colorée par la méthode d'Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{500}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus demi-scléreux de la peau.

On remarque au milieu de l'infiltration lupeuse, la section d'un vaisseau dont les parois prolifèrent et au voisinage immédiat duquel se trouve 1 bacille de la tuberculose.

v, vaisseau.
b, bacille.

Figure 9. — *Préparation colorée par la méthode d'Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{500}{1}$

Cette figure représente la coupe d'un foyer d'infiltration d'un lupus exubérant.

On remarquera disséminés au milieu des cellules de l'infiltration, 3 bacilles de la tuberculose.

Figure 10. — *Préparation colorée par la méthode d'Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{500}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus vulgaire exedens de la peau.

On remarquera la dilatation de 2 vaisseaux lymphatiques du derme et l'existence au voisinage immédiat de l'un de ceux-ci, d'un bacille tuberculeux.

l, *l*, vaisseaux lymphatiques dilatés.
b, bacille tuberculeux.

PLANCHE XI

Figure 1. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{50}{1}$

Cette figure représente une coupe de langue atteinte de lupus, en un point où le nodule lupeux n'est pas encore sclérosé.

c, couche cornée de l'épiderme.
e, corps muqueux de Malpighi.
i, infiltrat lupeux diffus.
g, cellule géante.
m, fibres musculaires de la langue.
n. lupôme nodulaire.

Figure 2. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{30}{1}$

Cette figure représente une coupe de la muqueuse de la luette envahie par un lupus exedens.

On remarquera l'envahissement des glandes par l'infiltrat lupeux et la tendance à la sclérose du tissu péri-glandulaire.

g, glande mucipare au début de son envahissement par l'infiltrat lupeux.
g', glande mucipare à un degré plus avancé de son infiltration.
g'', glande mucipare presque totalement envahie par l'infiltrat lupomateux.
t, derme muqueux tendant à se scléroser.

Figure 3. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{120}{1}$

Cette figure représente une coupe de langue atteinte de lupus demi-scléreux.

t, *t*, lupômes nodulaires non complètement sclérosés.
g, *g*, cellules géantes au milieu de lupômes nodulaires à moitié sclérosés.
k, masses caséeuses.
m, fibres musculaires de la langue.
f, *f*, faisceaux fibreux affectant une disposition alvéolaire et englobant les groupes de lupômes nodulaires sclérosés ou demi-sclérosés et les cellules géantes.

Figure 4. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{25}{1}$

Cette figure représente la coupe d'un maxillaire supérieur envahi par le lupus.

On remarquera l'ostéite raréfiante aboutissant à la formation d'une infiltration lupomateuse diffuse nodulaire, tendant à se scléroser en quelques points.

o, tissu osseux.
s, infiltration lupômateuse diffuse tendant à se scléroser en plusieurs points.
l, lupôme nodulaire.

Figure 5. — *Préparation colorée par la méthode de Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{500}{1}$

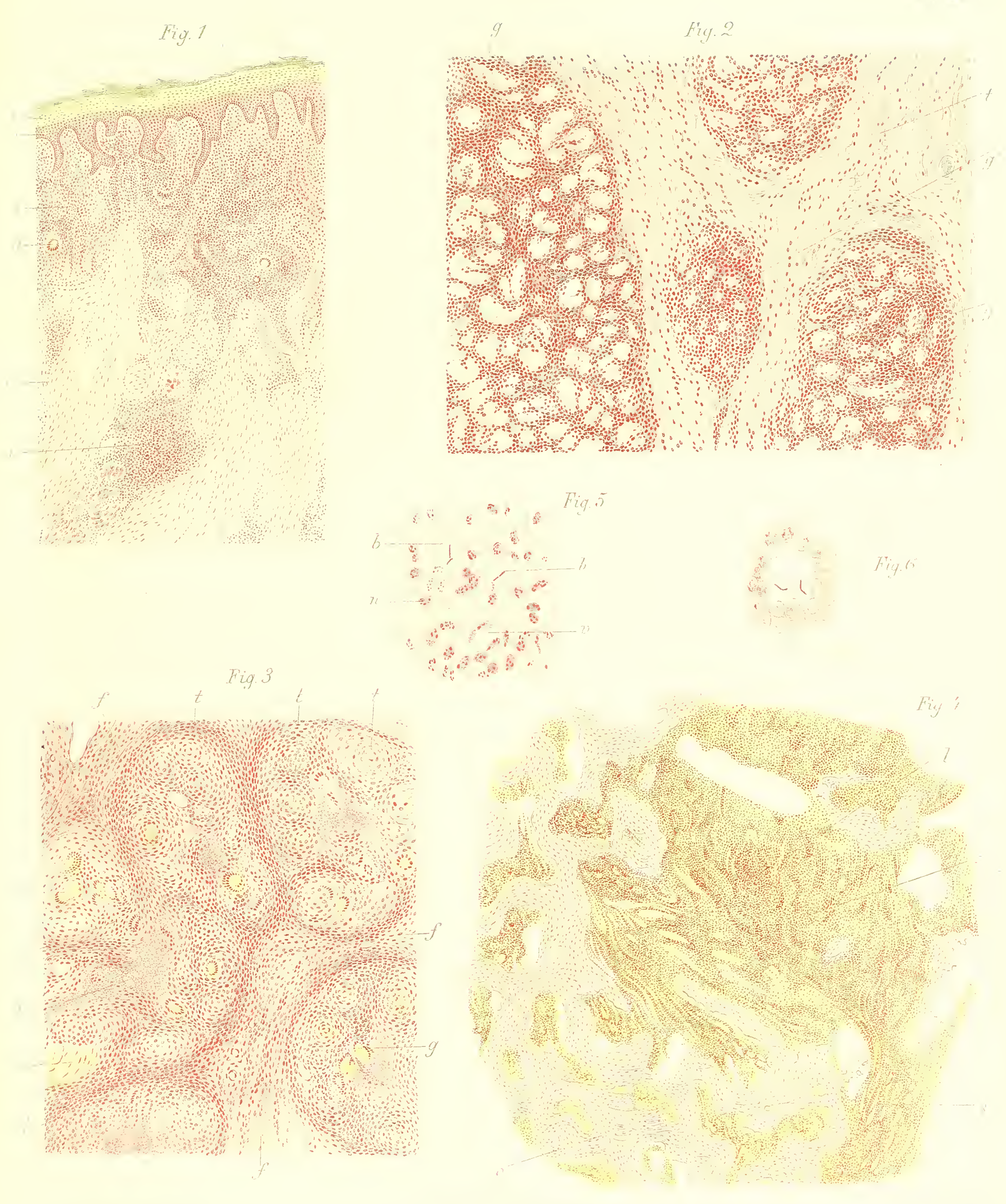
Cette figure représente une coupe d'un tubercule de lupus demi-scléreux de la langue.

b, *b*, bacilles de la tuberculose.
n, noyau.
v, lacune lymphatique.

Figure 6. — *Préparation colorée par le procédé de Ehrlich. Double coloration.* Gross. : $\frac{500}{1}$

Cette figure représente une cellule géante dans un cas de lupus demi-scléreux non exedens de la gencive médiane supérieure.

On remarquera les 2 bacilles tuberculeux qui se trouvent renfermés dans les cellules géantes.


Fig. 1
Fig. 2
g
t
g
Fig. 5
b
b
n
n
Fig. 6
Fig. 3
f
t
t
t
f
g
f
Fig. 4
l

Pl. XI.

Fig. 1

l i v v' m n

Fig. 2

m c g f l d v

Fig. 3

v' v s

Fig. 4

e t f

Fig. 5

m v l v'' i v''' v' f

Fig. 6

c m c g i v

Fig. 7

c g g' c v

[illegible]   Imp. Edouard Bry Paris   Leuba, lith

PLANCHE XII

Figure 1. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{200}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus myxomateux de la peau.

On remarquera les altérations particulières présentées par le derme infiltré par le lupôme et par les vaisseaux.

l, infiltration lupeuse dense réunie sous forme nodulaire.
i, infiltrat lupeux diffus.
m, derme dégénéré.
v, *v'*, vaisseaux sanguins altérés et dilatés.
n, vaisseau sanguin dilaté et rempli d'un endothélium altéré, et en partie obstrué par des cellules endothéliales altérées.

Figure 2 — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{70}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus scléreux légèrement papillomateux de la peau.

On remarquera l'hypertrophie considérable des papilles et des prolongements épithéliaux interpapillaires ; l'hypertrophie de la couche granuleuse en quelques points, sa disparition en d'autres points ; l'aspect particulier que présente le derme envahi par le lupus scléreux jusque dans ses parties superficielles ; la dilatation et la sclérose des parois des vaisseaux, qui, fait important, sont perméables au sang comme dans les tuberculômes fibreux.

c, couche cornée.
l, stratum lucidum.
g, couche granuleuse de l'épiderme.
m, corps de Malpighi.
d, derme envahi par le lupus scléreux.
v, vaisseau.

Figure 3. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{300}{1}$

Cette figure représente un point de la coupe d'un nodule de lupus scléreux de la peau examiné à un fort grossissement.

v, vaisseau dont les parois tendent à se scléroser.
v', vaisseau dont les parois prolifèrent.
s, derme envahi par le tissu lupeux.

Figure 4. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque, Gross. : $\frac{250}{1}$

Cette figure représente la périphérie d'un nodule de lupus fibreux de la peau examiné à un fort grossissement.

On y voit nettement le tissu fibreux d'envahissement dissociant en quelque sorte comme des fibres de Sharpey les cellules embryonnaires du lupôme.

On remarque en outre vers le centre du nodule lupeux, c'est-à-dire vers la partie inférieure de la figure, une masse de tissu fibreux résultant de la sclérose à ce niveau du lupôme.

f, tissu fibreux.
t, tractus fibreux dissociant les cellules embryonnaires du lupôme.
c, cellules embryonnaires du lupôme dissociées par le tissu scléreux d'envahissement.

Figure 5. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{80}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus myxomateux de la peau.

On remarquera l'envahissement du derme depuis ses couches les plus profondes, jusqu'à ses couches les plus superficielles; la disposition diffuse avec tendance à la nodulation et au groupement (surtout autour des vaisseaux) del'infiltrat lupeux; la dilatation considérable des vaisseaux; la disparition de la couche granuleuse et les altérations particulières du derme.

c, couche cornée.
m, corps de Malpighi.
i, infiltrat lupeux diffus ;
l, infiltrat lupeux nodulaire présentant à son centre une cellu'e géante.
f, follicule pilo-sébacé dilaté et kystique.
v, *v'*, *v''*, *v'''*, vaisseaux dilatés.

Figure 6. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{40}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus colloïde de la peau.

On remarquera l'aspect particulier que présentent les blocs lupeux colloïdes.

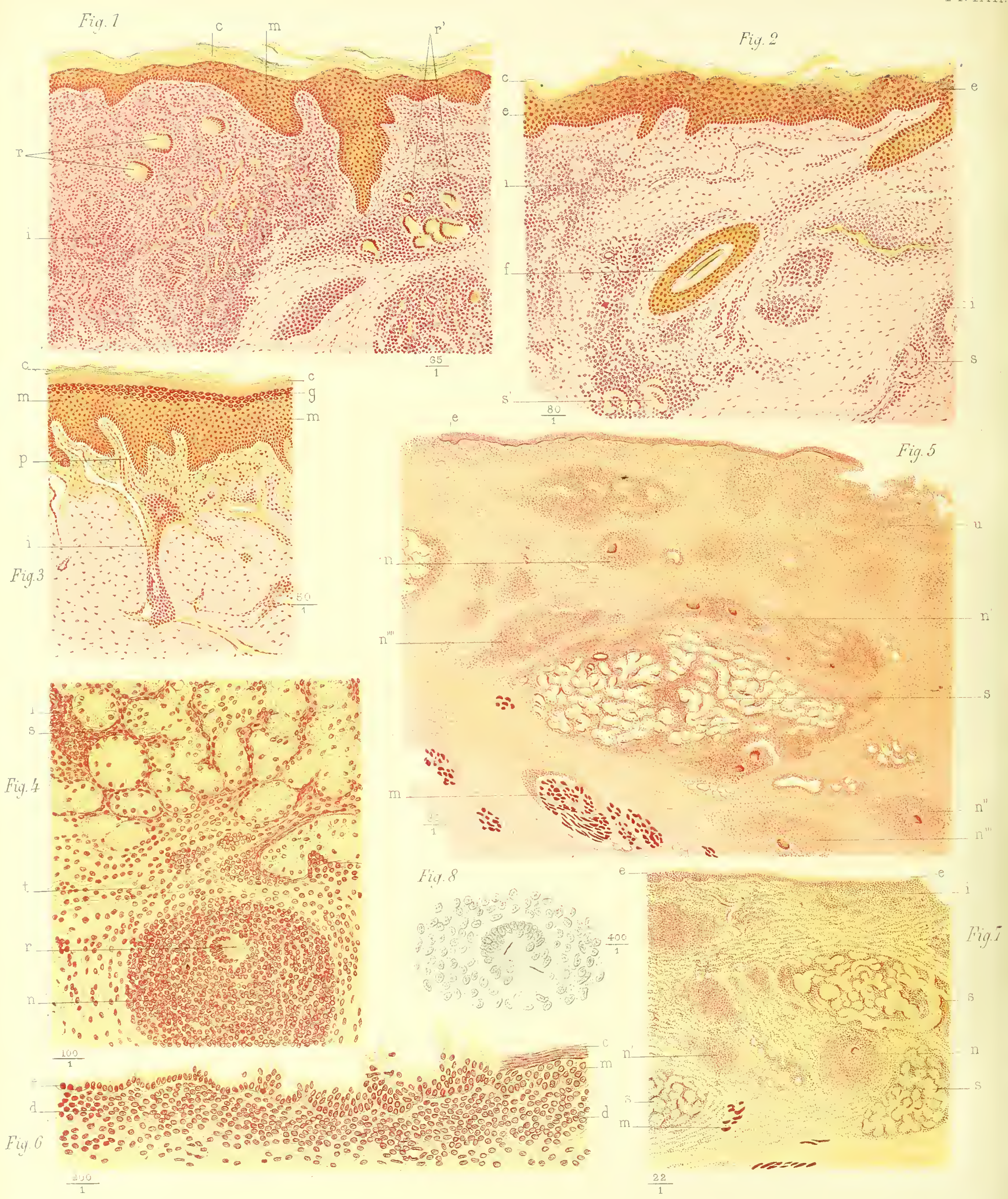
e, épiderme atrophié.
m, derme envahi par l'infiltration lupeuse embryonnaire.
c, *c*, globes lupeux colloïdes.
i, infilration lupeuse embryonnaire.
g, cellule géante.
v, masse de globules rouges au milieu d'un espace vasculaire dilaté et altéré.

Figure 7. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{40}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus colloïde de la peau.

On remarquerales masses colloïdes du lupus et l'infiltration lupeuse embryonnaire qui les entoure.

c, *c*, masses colloïdes.
g, *g*, cellules géantes.
m, infiltration lupeuse embryonnaire.
v, masse de globules rouges située dans un des espaces vasculaires placés entre les blocs colloïdes.



E. Karmanski ad nat. del et lith

Imp. Edouard Bry, Paris

PLANCHE XIII

Figure 1. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{65}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus vulgaire érythématoïde de la peau à infiltration assez profonde tendant à se grouper en quelques points, où le lupôme, de diffus qu'il est dans le reste de la coupe non représenté sur cette figure, tend à devenir nodulaire.

On remarquera l'abondance et le volume des cellules géantes; les altérations particulières du derme et des vaisseaux du derme infiltré par le lupus vulgaire érythématoïde.

c, couche cornée de l'épiderme dont quelques cellules renferment encore un noyau coloré par le carmin.
m, corps de Malpighi dont les prolongements épidermiques interpapillaires sont en général atrophiés.
r, *r'*, cellules géantes.
i, infiltrat de cellules lupeuses mélangées d'infiltrat hémorrhagique et renfermant des vaisseaux dilatés.

Figure 2. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{80}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus vulgaire érythématoïde de la peau.

On remarquera dans cette coupe : l'infiltration diffuse irrégulière des cellules embryonnaires; leur inégalité de vitalité; leur mélange avec un infiltrat hémorrhagique diffus ; leur groupement autour des vaisseaux et des glandes cutanées; les lésions de dékératinisation qui se produisent au niveau de l'épiderme ; l'atrophie en certains points du corps de Malpighi.

c, couche cornée.
e, corps de Malpighi.
i, *i*, infiltrat de cellules embryonnaires mélangé d'infiltrat hémorrhagique.
f, follicule lupeux.
s, *s'*, glomérules sudoripares entourés d'un infiltrat de cellules embryonnaires.

Figure 3. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{80}{1}$

Cette figure représente une coupe de peau atteinte de lupus vulgaire érythématoïde, en un point où l'infitration est très diffuse, très superficielle.

On remarquera dans cette coupe : l'épaississement de l'épiderme ; la dilatation des vaisseaux papillaires ; les altérations particulières du derme au niveau de la couche papillaire ; la tendance à la localisation de l'infiltrat lupeux diffus autour des vaisseaux ; la dilatation de ceux-ci et la tendance aux hémorrhagies.

c, couche cornée.
g, couche granuleuse hypertrophiée et épaissie, et très riche en éléidine.
m, corps de Malpighi hypertrophié.
p, couche papillaire du derme.
i, manchon de cellules embryonnaires entourant un vaisseau.

Figure 4. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{100}{1}$

Cette figure représente une coupe de luette infiltrée de lupus vulgaire non exedens.

On remarquera le gros nodule lupeux avec cellule géante qui se trouve dans le derme muqueux ; l'infiltration lupomateuse diffuse de la muqueuse ; les altérations des glandes de la muqueuse qu'envahit plus ou moins l'infiltration lupeuse.

n, lupôme nodulaire.
r, cellule géante.
t, derme muqueux plus ou moins infiltré.
s, glande de la muqueuse altérée et en partie envahie par l'infiltrat lupeux.
i, infiltrat lupeux.

Figure 5. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{30}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus du voile du palais, présentant çà et là quelques ulcérations superficielles.

On remarquera l'atrophie considérable de l'épiderme muqueux ; l'existence au niveau de l'angle droit de la figure, là où existe un trait (dont on a oublié de mettre la lettre) d'une ulcération superficielle due à la nécrose et à l'élimination d'un infiltrat lupomateux superficiel ; les infiltrations nodulaires de lupus situées dans le derme et renfermant ou non des cellules géantes ; l'infiltration lupomateuse qui entoure et envahit les glandes de la muqueuse.

e, épiderme muqueux très atrophié et détruit en plusieurs points.
n, *n'*, *n''*, *n'''*, *n''''*, lupomes nodulaires renfermant ou non des cellules géantes.
s, glandes de la muqueuse entourées et infiltrées par le lupus.
m, fibres musculaires.

Figure. 6. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{200}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus exulcéré du voile du palais.

On remarquera les altérations épidermiques résultant de la chute d'une partie de l'épiderme muqueux qui ne se trouve plus représenté en quelques points que par sa couche basale, l'infiltration superficielle et diffuse du derme muqueux.

c, couche cornée.
m, couche de Malpighi.
e, épiderme muqueux réduit à une seule couche de cellules épithéliales par suite de la chute des cellules superficielles.

Figure 7. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{22}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus des gencives.

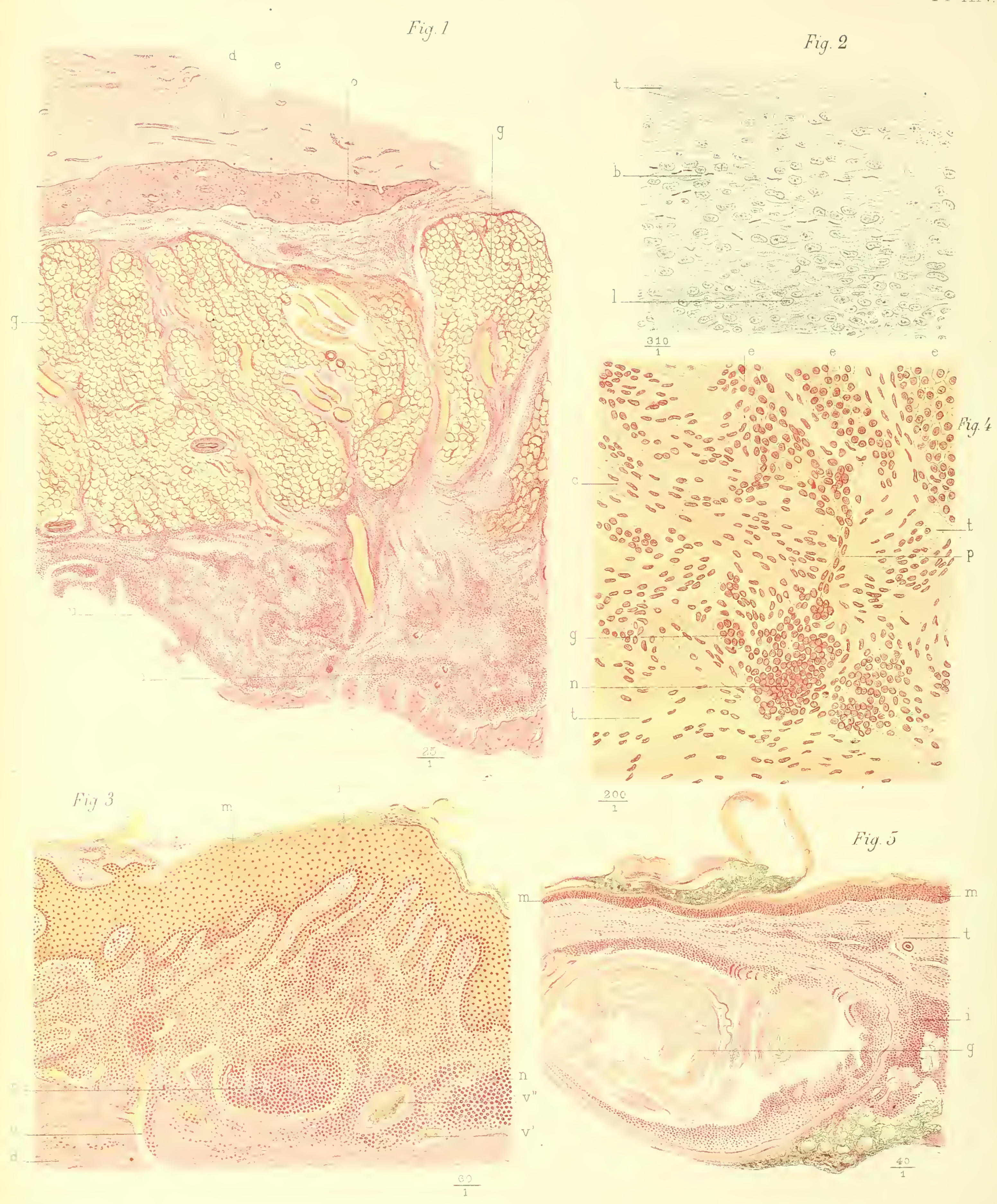
On remarquera l'atrophie prononcée et les altérations de l'épiderme muqueux ; la tendance à l'ulcération qui se fait en *i*; l'infiltration diffuse et nodulaire du derme ; l'envahissement des glandes par l'infiltrat lupeux.

e, épiderme altéré et presque complètement disparu.
i, ulcération lupeuse.
n, lupôme nodulaire avec cellule géante.
n, lupome nodulaire avec cellule géante.
s. *s*, *s*, glandes envahies par l'infiltrat lupeux.
m, fibres musculaires.
d, derme muqueux infiltré.

Figure 8. — *Préparation colorée par le procédé de Ehrlich.* — *Double coloration.* Gross. : $\frac{400}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus de la muqueuse de la voûte palatine antérieure et supérieure.

L'on remarque au centre du follicule lupeux une cellule géante avec sa couronne de cellules épithélioïdes renfermant deux bacilles tuberculeux.



ad nat. del et lith.
Imp. Edouard Bry, Paris

PLANCHE XIV

Figure 1. — Préparation colorée au picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{25}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus de la voûte palatine.

On remarquera dans cette figure l'infiltration lupomateuse de la muqueuse, infiltration n'envahissant que faiblement la couche glandulaire au niveau de laquelle elle tend à se scléroser ; les altérations osseuses (ostéite lupeuse).

d, derme muqueux.
e, derme muqueux envahi par une infiltration diffuse de lupus.
o, tissu osseux atteint d'un léger degré d'ostéite lupeuse.
g, *g*, couche glandulaire.
v, infiltrat lupeux.
i, lupôme nodulaire renfermant des cellules géantes.

Figure 2. — Préparation colorée par la méthode de Ehrlich. Double coloration. Gross. : $\frac{310}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus tuberculo-gommeux de la peau.

On remarquera dans cette figure l'assez grand nombre de bacilles tuberculeux situés dans les parois de cette tuberculo-gomme.

t, tissu conjonctif limitant les parois du foyer tuberculo-gommeux.
b, bacilles tuberculeux.
l, infiltrat lupomateux.

Figure 3. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{60}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus de la peau compliqué d'épithéliome.

On remarquera l'hypertrophie du corps muqueux de Malpighi et la tendance que présente le tissu épithélial à se confondre en quelque sorte avec le tissu lupeux.

m, corps de Malpighi hypertrophié.
i, infiltrat lupeux.
n, *n*, lupômes nodulaires.
v, *v'*, *v''*, vaisseaux dilatés.
d, derme.

Figure 4. — Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque. Gross. : $\frac{200}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus de la peau compliqué d'épithéliome.

On remarquera dans cette figure les rapports intimes qui existent entre les prolongements épithéliomateux et l'infiltration lupomateuse; en plusieurs points, des prolongements épithéliomateux sont en contact direct avec l'infiltration lupomateuse.

e, *e*, *e*, prolongements épithéliomateux.
c, derme conjonctif infiltré.
t, *t*, derme infiltré.
g, infiltration lupomateuse nodulaire.
n, infiltration lupomateuse nodulaire en contact avec un prolongement épithéliomateux.
p, prolongement épithéliomateux en contact direct et se confondant avec une infiltration lupomateuse nodulaire.

Figure 5. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{40}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus vulgaire érythématoïde compliqué d'épithéliome. (Voir Obs L... R... page 283.)

On remarquera dans cette figure le gros globe épidermique développé sans doute dans l'intérieur d'un follicule pilo-sébacé.

m, *m*, corps de Malpighi.
t, derme infiltré par le tissu lupômateux.
i, infiltrat lupomateux nodulaire.
g, globe épidermique.

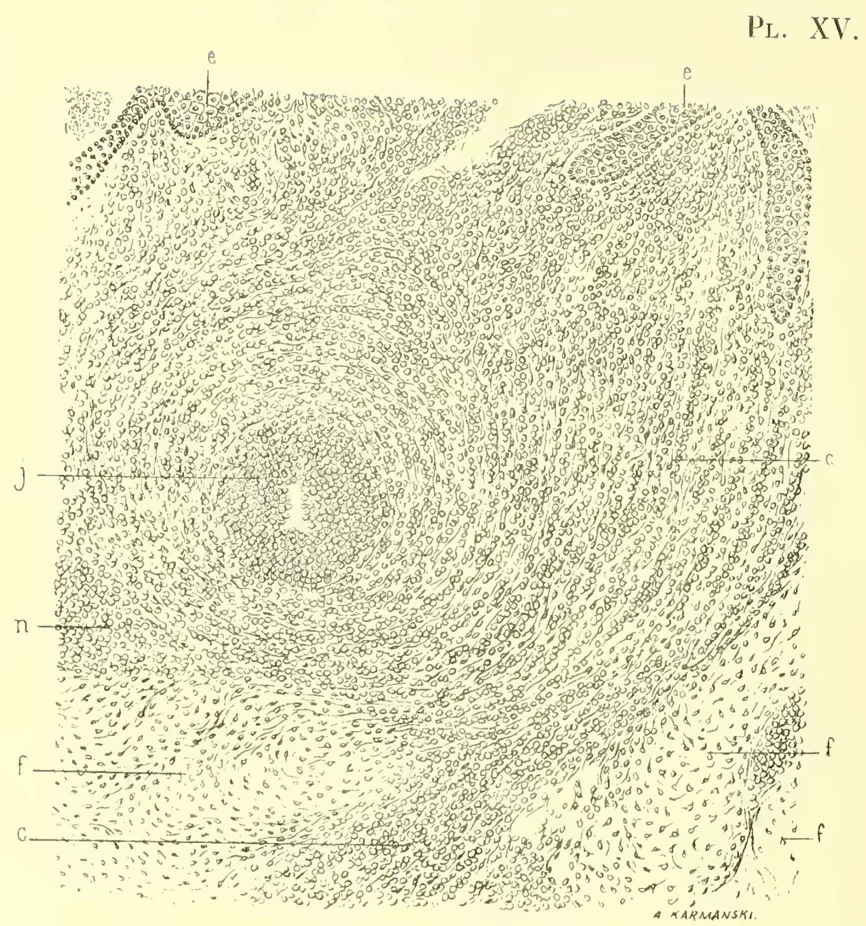


Figure 1.

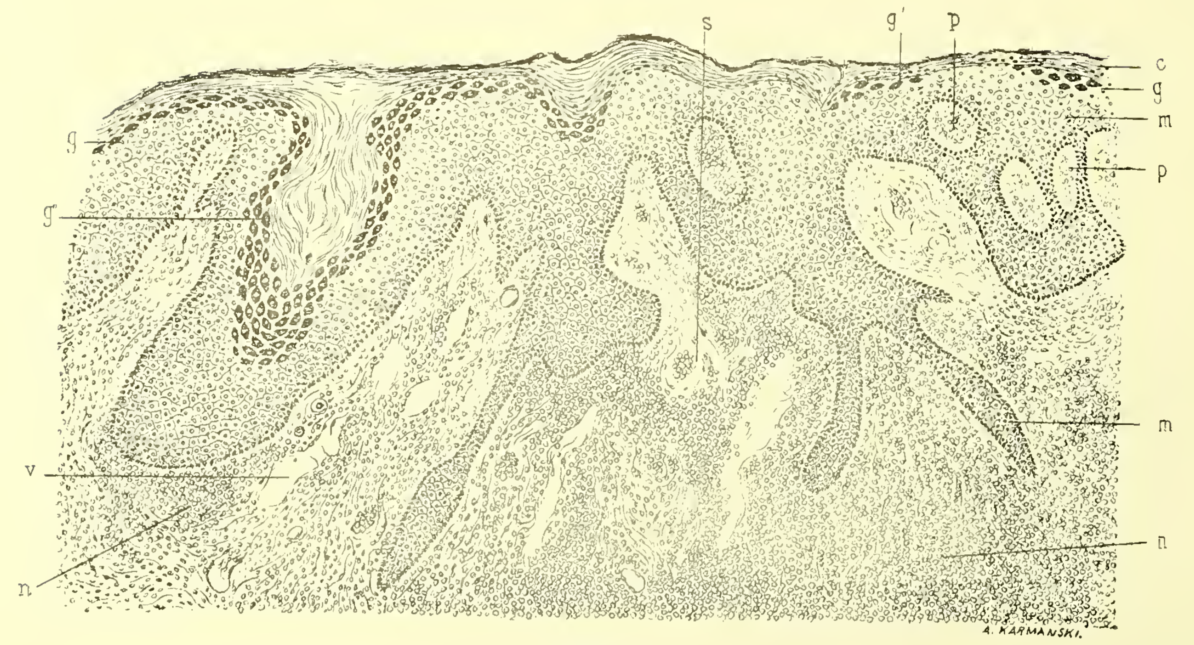


Figure 2.

PLANCHE XV

Figure 1 — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{80}{1}$

Cette figure représente la coupe d'un nodule de lupus scléreux de la peau.

On remarquera d'une façon générale la tendance du lupôme à se transformer en tissu fibreux, d'une façon en quelque sorte concentrique et la dissociation des cellules embryonnaires du lupôme par le tissu fibreux. On remarquera en outre que la partie centrale du lupôme demeure encore à l'état embryonnaire. A la partie inférieure de ce nodule lupeux demi-scléreux se trouvent des masses presque complètement sclérosées.

e, *e*, épiderme hypertrophié, prolongements épidermiques interpapillaires hypertrophiés.
c, *c*, tissu fibreux, venant dissocier les cellules du lupôme nodulaire, en couches concentriques.
j, partie centrale du lupôme nodulaire non encore envahi par le lupôme.
n, amas de cellules embryonnaires non encore envahies par la sclérose.
f, *f*, tissu complètement sclérosé.

Figure 2. — *Préparation colorée au moyen du picro-carminate d'ammoniaque.* Gross. : $\frac{70}{1}$

Cette figure représente une coupe de lupus scléreux papillomateux de la peau.

On y remarquera l'hypertrophie notable des papilles du derme envahies par le lupus scléreux; la dilatation des vaisseaux papillaires et la sclérose de leurs parois; l'hypertrophie de l'épiderme et en particulier l'hypertrophie et la ramification des prolongements interpapillaires du corps de Malpighi.

c, couche cornée dont un certain nombre de cellules présentent encore des noyaux nettement colorés par le carmin.
g, *g*, couche granuleuse.
m, *m*, corps de Malpighi hypertrophié.
p, *p*, papilles coupées obliquement.
v, vaisseau dilaté et à parois sclérosées.
n, *n*, derme envahi par le lupus scléreux.



